



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# A PESSOA NA CONSULTA DE CESSAÇÃO TABÁGICA

## PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO

Maria Luísa Oliveira Martins Albuquerque



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Maria Luísa Oliveira Martins Albuquerque

A PESSOA NA CONSULTA DE CESSAÇÃO TABÁGICA  
PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO

V Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação da  
Professora Doutora Maria de La Salette Rodrigues Soares

Janeiro de 2020

# Resumo

**Introdução:** O tabagismo é um problema de saúde pública, a nível nacional e internacional, com altas taxas de mortalidade decorrentes das doenças relacionadas com o consumo de tabaco, nomeadamente, doenças respiratórias crónicas, neoplasias, transtornos de ansiedade e depressão. Na abordagem à pessoa fumadora, há necessidade de identificar os anos de consumo do tabaco, as comorbilidades, hábitos de prática de atividade física, número de cigarros que fuma, a gravidade da dependência de nicotina e a motivação para deixar de fumar, sendo que o plano de enfermagem de reabilitação visa atuar sobre estas variáveis influenciando o êxito para a pessoa cessar de fumar.

**Objetivos:** Avaliar os efeitos de um programa de intervenção em enfermagem de reabilitação respiratória, na pessoa fumadora a frequentar uma consulta de cessação tabágica.

**Método:** Estudo quantitativo, quase-experimental, de grupo único. A amostra é constituída por 30 pessoas a frequentar a consulta de cessação tabágica. Instrumentos de colheita de dados: atitudes terapêuticas e intervenções de enfermagem e o uso de escalas: Borg, HADS, Fagerström e Richmond. O programa foi efetuado em duas consultas presenciais e uma terceira consulta de reforço, por telefone. Na análise inferencial recorremos ao teste de McNemar e ao teste *t* de *Student* e, para a análise da consistência interna das escalas ao alfa de Cronbach.

**Resultados:** A maioria das pessoas fumadoras do estudo, tinham idades compreendidas entre os 18 e os 77 anos, eram do sexo masculino, fumavam em média há cerca de 36 anos, tinham expetoração (86,7%), dificuldade em expelir essas secreções (86,7%) e 60,0% referiu não ter conhecimentos dos malefícios do tabaco. Os antecedentes patológicos com maior prevalência foram: doenças respiratórias, como a DPOC e asma (67,9%), depressão, ansiedade e carcinoma (14,3% cada). As hipóteses relativas ao aumento da prática de exercício físico, diminuição da: dispneia, número de cigarros, ansiedade, depressão e dependência da nicotina, foram confirmadas. A hipótese relacionada com a motivação para deixar de fumar não foi confirmada.

**Conclusão:** A implementação do Programa de Reabilitação Respiratória, pelo Enfermeiro de Reabilitação, à pessoa na consulta de cessação tabágica, revelou benefícios baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas fumadoras, trazendo assim ganhos em saúde.

**Palavras-chave:** Enfermagem de reabilitação, abandono do uso do tabaco, dispneia e atividade motora.

# Abstract

**Introduction:** Smoking is a public health problem, both nationally and internationally, with high mortality rates from tobacco-related diseases, including chronic respiratory diseases, neoplasms, anxiety disorders and depression. In the approach to the smoking person, there is a need to identify the number of years of tobacco consumption, comorbidities, physical activity habits, number of cigarettes smoked, the seriousness of nicotine dependence and the motivation to quit smoking.

**Objectives:** To evaluate the effects of a respiratory rehabilitation nursing intervention program on the person attending a smoking cessation appointment.

**Method:** Quantitative, quasi-experimental and single group study. The sample consisted of 30 people from the smoking cessation consultation. Data collection instruments: therapeutic attitudes and nursing interventions and the use of scales like: Borg, HADS, Fagerström and Richmond. The program was carried out in two face-to-face consultations and a third back-up consultation by telephone. In the inferential analysis we used McNemar test and Student's t-test and, for analysis of the internal consistency of the scales Cronbach's alpha.

**Results:** Most smokers in the study were between 18 and 77 years old, male, had smoked on average for about 36 years, had sputum (86,7%), had difficulty in expelling these secretions (86,7%), and 60,0% reported having no knowledge of the harmful effects of tobacco. The most prevalent pathological antecedents were respiratory diseases like DPOC and asthma (67,9%), 14,3% depression, anxiety, and carcinoma. The hypotheses regarding: increased exercise, decreased dyspnea, number of cigarettes, anxiety, depression, and nicotine dependence, were confirmed. The hypothesis of motivation to quit smoking has not been confirmed.

**Conclusion:** The implementation of the Respiratory Rehabilitation Program, by the Rehabilitation Nurse, to the person, during the smoking cessation consultation, revealed benefits based on the actual and potential problems of smoking people, what resulted in health gains.

**Keywords:** Rehabilitation nursing, smoking cessation, dyspnea and motor activity.

# Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de deixar registado um obrigado muito especial, à Professora Salete Soares, pela magnífica orientação científica prestada nesta dissertação. Não há palavras para descrever o quanto o seu apoio foi fundamental para chegar aqui, porque passei por algumas desistências, e sempre que reativava as energias, sempre me recebeu com um sorriso a dizer: "Força Luisa". Ajudou-me com os seus pontos de vista, acompanhamento, sempre muito disponível e acima de tudo, fez-me acreditar nas minhas capacidades.

Não posso deixar de citar um carinho especial à Professora Maria José que me desafiou a entrar neste percurso académico e que desde esse dia, me acompanhou com amizade e carinho.

Ao meu marido, pelo respeito que sempre demonstrou pela minha necessidade de investimento profissional e foi um pai presente em prol das minhas ausências.

Aos meus filhos, João e Luísa, pela paciência e compreensão das minhas ausências, mas que sempre me incentivaram a ser uma mama estudiosa, durante todo este tempo.

Aos meus pais que me incentivaram mais uma vez a entrar num novo desafio profissional e me substituíram para que pudesse dedicar-me horas incalculáveis, com concentração e dedicação.

À minha irmã pelo apoio e estímulo proporcionado nos momentos difíceis desta caminhada.

Aos meus parceiros de equipa da Consulta de Cessação Tabágica, que me apoiaram neste processo, me respeitaram e confiaram na concretização desta intervenção científica.

Agradeço ao Conselho de Administração, do Hospital onde trabalho, pela disponibilidade e incentivo que tornou possível a realização deste estudo de investigação.

A todos aqueles que contribuíram, de forma direta ou indireta, para a concretização deste estudo, aos quais fico infinitamente reconhecida.

# Dedicatória

*Dedico esta tese à minha família, em especial,  
aos meus filhos, João e Luísa.*

# Pensamento

## O ADEUS AO TABACO

O fumo do tabaco é um deleite

Para os viciados.

Tabaco.

Espectro cinzento

Que me fazes ser um corpo negro

Vivendo um paraíso artificial.

Tabaco.

Anjo tenebroso

Que me iniciastes há muitos anos

Numa morte lenta e subtil,

Aos poucos vou-me libertando do teu jugo

Sem ter conseguido a abstinência final.

Tabaco.

Rei dos vícios

Que teces as tuas malhas sombrias

E onde as tuas vítimas caem inexoravelmente.

O círculo vicioso em que muitos caem

Origina mortes prolongadas e dolorosas.

Tabaco.

Os malefícios da tua natureza

Obrigam-me a viver

Na antecâmara da desgraça e do indefinido.

**Francisco Costa in Rebelo (2019)**

(um ex-fumador, pertencente à consulta de cessação tabágica de Alvalade)

# Sumário

<b>Resumo.....</b>	<b>iii</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>iv</b>
<b>Agradecimentos.....</b>	<b>v</b>
<b>Dedicatória.....</b>	<b>vi</b>
<b>Pensamento .....</b>	<b>vii</b>
<b>Índice de Gráficos .....</b>	<b>x</b>
<b>Índice de Tabelas .....</b>	<b>xi</b>
<b>Abreviaturas, Acrónimos e Siglas .....</b>	<b>xii</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 1. Fase Concetual.....</b>	<b>4</b>
1.1. A Epidemia do Tabaco.....	5
1.2. Cessação Tabágica .....	13
1.3. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação .....	19
1.4. Teoria do Autocuidado de Orem.....	27
<b>Capítulo 2. Fase Metodológica .....</b>	<b>30</b>
2.1. Questão de Investigação, Finalidade e Objetivos do Estudo .....	31
2.2. Hipóteses do Estudo.....	32
2.3. Tipo de Estudo .....	32
2.4. Variáveis do Estudo.....	33
2.5. Amostra e Contexto .....	34
2.6. Instrumentos.....	35
2.7. Procedimento de Recolha e Tratamento de Dados.....	37
2.8. Aspetos Éticos.....	40
<b>Capítulo 3. Fase Empírica .....</b>	<b>41</b>
3.1. Apresentação e Análise dos Resultados.....	42
3.2. Discussão dos Resultados .....	52
<b>Conclusões.....</b>	<b>62</b>



<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO I – Escala modificada de BORG .....</b>	<b>76</b>
<b>ANEXO II - Escala de HADS .....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO III - Escala de Fagerström .....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXO IV- Escala de Richmond .....</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>80</b>
<b>APÊNDICE I – Declaração de Consentimento .....</b>	<b>81</b>

# Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Representação gráfica do número e percentagem de pessoas por sexo .....	42
Gráfico 2 - Percentagem de pessoas que pratica ou não atividade física, antes e após intervenção. ....	44

# Índice de Tabelas

Tabela 1 - Técnicas de PRR para a pessoa da consulta de cessação tabágica. ....	26
Tabela 2 – Estimativas pontuais e intervalares do $\alpha$ de Cronbach. ....	39
Tabela 3 - Medidas descritivas para as variáveis: idade, n.º de anos que fuma, n.º de cigarros que fuma, antes e após intervenção e saturação de oxigénio no sangue. ....	43
Tabela 4 - Frequências absolutas e relativas das variáveis clínicas: expetoração, dificuldade em expelir, conhecimento dos malefícios do tabaco e comorbilidades. ....	44
Tabela 5 - Número e percentagem de pessoas que pratica ou não atividade física, antes e após intervenção. ....	45
Tabela 6 - Número e percentagem de pessoas, por sexo, que pratica ou não atividade física, antes e após intervenção. ....	45
Tabela 7 - Medidas descritivas para as escalas de medida e resultados do teste $t$ para a diferença das médias (antes e após). ....	46
Tabela 8 - Frequências absolutas e relativas para as respostas das afirmações da escala de HADS- Ansiedade. ....	47
Tabela 9 - Frequências absolutas e relativas para as respostas das afirmações da escala de HADS- Depressão. ....	49
Tabela 10 - Frequências absolutas e relativas para as respostas das perguntas da escala de Fagerström. ....	50
Tabela 11 - Frequências absolutas e relativas para as respostas das perguntas da escala de Richmond. ..	52

# Abreviaturas, Acrónimos e Siglas

APER	Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação
CID 10	Classificação Internacional de Doenças (décima revisão)
CID 11	Classificação Internacional de Doenças (décima primeira revisão)
DGS	Direção-Geral da Saúde
DNT	Doença Não Transmissível
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EER	Enfermeiro Especialista de Reabilitação
HADS	Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar
INCA	Instituto Nacional de Câncer
PNPCT	Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo
PNDR	Plano Nacional para as Doenças Respiratórias
PNS	Plano Nacional de Saúde
PR	Programa Respiratório
PRR	Programa de Reabilitação Respiratória
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONDR	Observatório Nacional das Doenças Respiratórias
RR	Reabilitação Respiratória
SNS	Serviço Nacional de Saúde
WHO	World Health Organization

# Introdução

O presente trabalho debruça-se sobre a pessoa fumadora a frequentar uma consulta de cessação tabágica, de forma a intervir num dos mais graves problemas da saúde pública moderna, por ser uma das principais causas de morte evitável no mundo (Santos, 2019). O fumador tem 15 a 30 vezes maior probabilidade de desenvolver cancro do pulmão que os não fumadores. De acordo com o Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR, 2018), se a tendência atual for mantida, o tabaco matará no mundo 8 milhões de pessoas em 2030 e aproximadamente mil milhões de pessoas morrerão durante o século XXI por causa do uso do tabaco.

A Direção-Geral da Saúde (DGS, 2015) no Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020, define várias estratégias para a implementação do plano, das quais destacamos a Prevenção e Controlo da Doença, Promoção e Proteção da Saúde, Capacitação dos Cidadãos e Divulgação, Implementação de Boas Práticas e Fortalecimento da Saúde Global.

Segundo a DGS (2019, p. 9 e p. 43) no Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo:

“(...) o tabaco continua a ser uma das principais causas evitáveis de doença e de morte prematura, contribuindo para mais de uma em cada dez mortes registadas anualmente no nosso país (...) a prevenção do tabagismo deve ser integrada horizontalmente noutros programas nacionais, orientados para a promoção da saúde no ciclo de vida, a prevenção da doença crónica e a promoção de ambientes saudáveis.”

Os problemas respiratórios do adulto surgem como consequência do envelhecimento, da deterioração do sistema pulmonar, mas também pelos hábitos tabágicos, pois 60% dos que fumam mais de 20 cigarros por dia, têm mais de 40 anos, estes padecerão de doenças pulmonares (Guilhermo e Navarro, 2017).

Em 2018 foi registado um aumento de 4,6% no número de locais de atendimento no Serviço Nacional de Saúde (SNS), no âmbito do programa de apoio intensivo à cessação tabágica. "O número de consultas realizadas aumentou 11,0% e o número de pessoas atendidas 13,2%." (DGS, 2019, p. 30).

Para Fortin (2009) o início de uma investigação é uma situação que provoca ao investigador muitas interrogações, inquietações e que requer uma elucidação ou pelo menos uma melhor compreensão da temática em estudo.

Uma vez que a investigadora do presente trabalho teve a oportunidade de integrar a consulta de apoio intensivo à cessação tabágica, surgiu a seguinte questão de partida para esta investigação: **Qual o efeito de um Programa de Reabilitação Respiratória (PRR), na pessoa fumadora, na consulta de cessação tabágica?**

A escolha da problemática **A pessoa fumadora na consulta de cessação tabágica**, decorreu da observação e reflexão no contexto da prática, atendendo a que no período da consulta multidisciplinar da cessação tabágica, a pessoa fumadora, demonstrou não ter conhecimentos suficientes dos riscos e malefícios do tabaco e das doenças associadas ao tabaco. Como enfermeira especialista de reabilitação, verificamos que a pessoa fumadora apresenta intolerância à atividade física, dificuldade em respirar eficazmente, aumento da expetoração e dificuldade em expelir as secreções. Desta forma, torna-se evidente a importância de aplicar um PRR à pessoa fumadora, em contexto de consulta de cessação tabágica.

Segundo as Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DGS, 2009, p. 1):

“A Reabilitação Respiratória (RR) é aplicável a pessoas com sintomas incapacitantes, motivados e potencialmente aderentes ao programa e, os fumadores não devem ser excluídos à partida, mas associar a uma intervenção antitabágica. A RR é uma terapêutica que melhora a dispneia e a qualidade de vida (evidência A) e diminui o número de dias de hospitalização e induz benefícios psicossociais (evidência B). A RR é desenhada para reduzir os sintomas, otimizar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir custos de saúde, através da estabilização ou regressão das manifestações sistémicas da doença.”

Neste sentido, a Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER, 2010, p. 1), menciona o papel do Enfermeiro Especialista em Reabilitação (EER), que consiste em:

“(…) promover ações para a prevenção e tratamento da doença (..) atua na saúde e na doença, aguda ou crónica, contribui para maximizar o potencial funcional e de independência física, emocional e social das pessoas, minimizando as incapacidades, nomeadamente através da reeducação funcional respiratória,

reabilitação funcional motora, treino de atividade de vida diária como a alimentação, eliminação, atividade sexual e comunicação.”

Neste estudo, tivemos a preocupação de enquadrar os sintomas apresentados pelas pessoas, como geradores de motivação para a cessação tabágica, tal como Afonso e Pereira (2017) identificaram que, a percepção que a pessoa fumadora tem sobre as consequências e os sintomas que apresentam associados ao consumo de tabaco tem uma influência positiva para uma melhor atitude da pessoa, em deixar de fumar.

O objetivo principal deste estudo é avaliar os efeitos de um programa de intervenção em enfermagem de RR, na pessoa fumadora, a frequentar uma consulta de cessação tabágica.

Na pesquisa bibliográfica recorremos a várias bases de dados nomeadamente: *Scielo*, *B-on* e *Repositoryum* da Escola de Saúde. Pesquisamos variadíssimas publicações, como por exemplo, documentos da DGS e artigos publicados sobre a temática em estudo e utilizamos o motor de busca *Google* e *Google Scholar*. A pesquisa teve em consideração os seguintes descritores em saúde: enfermagem de reabilitação, abandono do uso do tabaco, dispneia e atividade motora.

Este estudo de investigação encontra-se organizado em três capítulos. O primeiro capítulo é referente à revisão da literatura, que sustenta e fundamenta a nossa investigação. No segundo capítulo, descrevemos a estrutura de investigação, onde são apresentados os objetivos, as hipóteses, as variáveis, os instrumentos e procedimentos de recolha e tratamento dos dados, finalizando com as considerações éticas. No terceiro capítulo apresentamos a análise dos resultados obtidos, seguindo-se a discussão dos mesmos. Por último, são apresentadas as conclusões finais, bem como as limitações encontradas neste estudo e sugestões para o futuro.

As abreviaturas, acrónimos e siglas utilizadas neste trabalho, são apresentadas na primeira vez que aparecem no texto. Todos os gráficos e trabalho computacional realizado, foi efetuado utilizando o *software IBM SPSS Statistics*.

# **Capítulo 1. Fase Concetual**



## 1.1. A Epidemia do Tabaco

O Tabagismo é atualmente reconhecido como uma dependência química, e a publicação intitulada *Tabagismo - Um Grave Problema de Saúde Pública*, do Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2007, p. 7) refere que “O tabagismo está na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas.” e mantém-se na proposta da CID 11, que entrará em vigor a partir de 2022 conforme nos diz a Organização Mundial da Saúde (OMS, tradução de World Health Organization, WHO, 2019b).

O tabagismo é reconhecido, como uma doença epidémica que causa dependência física, psicológica e comportamental e pode ser definido como “(...) ato de se consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, (...) [o fumador é definido como] todo o indivíduo que consome cigarros ou qualquer produto tabágico regularmente” (Billerbeck, 2019, p. 25).

Silva [et al.] (2016) descrevem o tabagismo como uma doença neurocomportamental causada pela dependência da nicotina, apontando inúmeros outros fatores, principalmente comportamentais e psicológicos, que induzem ao ato de fumar e que, portanto, dificultam a sua cessação, nomeadamente: a ansiedade, depressão, transtornos de diversas naturezas, problemas psiquiátricos, baixa autoestima, automatismos, costumes, assim como fatores psicossociais, culturais e genéticos. Por outro lado, censuras, pressões restritivas, a lei antifumo, entre outros, são medidas controladoras do tabagismo. Silva [et al.] (2016, p. 292), reforçam esta ideia, de que é preciso que se entenda que:

“(...) as pessoas fumam porque são dependentes, ao contrário do que se propagava, não é um estilo de vida, charme, fator de sociabilidade, expressão de livre arbítrio ou opção para a vida das pessoas.”

Segundo a DGS (2019) os profissionais de saúde devem encarar o tabagismo como uma doença crónica de dependência da nicotina, mas também como um determinante de saúde evitável, que deve ser prevenido e controlado. O mesmo autor refere que são fulcrais as intervenções no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis, prevenção da iniciação tabágica, promoção da cessação tabágica e do controlo da exposição ao fumo do tabaco, traduzindo-se certamente em ganhos em saúde individual e coletiva.

A DGS (2019, p. 5), refere que “o tabaco continua a ser um dos mais importantes problemas globais de saúde pública”, na medida em que o hábito de fumar é prevalente em todo o mundo, existindo grandes variações em diferentes países e regiões, que não podem ser dissociadas do nível de desenvolvimento social e económico, e de aspetos culturais.

No mundo, segundo a WHO (2018a), mais de 1,1 bilhão de pessoas fumam tabaco e pelo menos 367 milhões usam tabaco sem fumo.

A epidemia do tabaco é uma das maiores ameaças à saúde pública que o mundo já enfrentou, matando mais de 8 milhões de pessoas por ano em todo o mundo. Mais de 7 milhões dessas mortes são resultado do uso direto do tabaco, enquanto cerca de 1,2 milhão é o resultado de não-fumadores serem expostos ao fumo passivo. Cerca de 80% de 1,1 bilhão de fumadores do mundo vivem em países de baixo e médio desenvolvimento económico. O uso do tabaco contribui para a pobreza, desviando os gastos das famílias das necessidades básicas, como alimentos e abrigo. É por sua vez difícil controlar esse comportamento de gastos, porque o tabaco é muito viciante (WHO, 2019a).

Estima-se que em 2030, o consumo de tabaco será responsável por 8,3 milhões de óbitos. No contexto mundial, os padrões de consumo de tabaco diferem de região para região, tendo-se estimado que a Região Europeia tem o valor mais elevado de prevalência de consumo de tabaco (32%) e África o mais reduzido (10%) (DGS, 2017a).

Na Europa, segundo o Eurostat (2017), as proporções mais baixas de fumadores, entre a população com 15 ou mais anos, registaram-se na Suécia (7%), Reino Unido (17%), Finlândia (19,3%), Luxemburgo (20,4%) e Portugal (26%), enquanto que os países com mais fumadores, eram a Grécia (37%), Bulgária e França (36%). Na Europa, observa-se uma diminuição do consumo de tabaco nos homens e uma estabilização nas mulheres.

“Apesar do número de fumadores em Portugal ser em 2017, abaixo da média Europeia, o tabaco continua a ser responsável por uma morte a cada 50 minutos.” (Stander, 2018, p. 1). A DGS, no Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT, 2019, p. 11) reforça esta ideia quando menciona que a região Europeia apresenta uma das proporções mais elevadas de mortes, sendo 16% o total de mortes, em adultos, com mais de 30 anos e que, em Portugal em 2017, 13.104 pessoas morreram por doenças associadas ao consumo de tabaco, sendo 10.588 homens (18,6% de total de óbitos) e 2.515 mulheres (4,4% do total de óbitos).

Segundo dados do Eurostat (2014) relativos a 2014, 80% dos Portugueses eram não fumadores (média da UE-28: 76,1%), 16,8% eram fumadores diários (média da UE-28: 19,2%) e 3,2% fumadores ocasionais (média da UE-28: 4,7%) (Observatório Nacional das Doenças Respiratórias - ONDR, 2018).

No que se refere à monitorização do consumo de tabaco, em Portugal, através de estudos transversais, foi realizada uma análise comparativa, nos Inquéritos Nacionais de Saúde entre 1987, 1995/1996, 1998/1999, 2005/2006 e 2014 (Leite [et al.], 2017), que permitiram estimar a prevalência de fumadores e traçar o perfil do fumador português. O consumo mais frequente nos homens com uma prevalência de 44,5%, com destaque nas regiões dos Açores e Alentejo, e entre os desempregados. Nas mulheres, uma prevalência de 20,9%, sendo as mais afetadas as da região de Lisboa e Vale do Tejo, com maior nível de escolaridade. O início do consumo ocorre sobretudo durante a adolescência. A prevalência de fumadores (diários e ocasionais) mais elevados ocorre no grupo etário dos 35 aos 44 anos, em ambos os sexos. O mesmo autor aponta para um aumento do consumo de tabaco entre as mulheres para 27% e de uma descida entre os homens para 43,0%. Rosendo [et al.] (2009) mencionam que muitos estudos apontam que são os homens quem fazem mais tentativas de cessação tabágica.

O consumo de tabaco nos jovens dos ensinos básico e secundário torna-se preocupante pois segundo o ONDR (2018) muitas crianças iniciam o consumo por volta dos 11 anos. Aos 15 anos fumam 11% dos rapazes e 10% das raparigas. No ensino secundário fumam 40% dos alunos. Rosendo [et al.] (2009) revelaram que o início do consumo do tabaco em idades mais jovens está associado a maior dependência, menor confiança na cessação e menor duração na abstinência. Verificaram o contrário observado num início de consumo mais tardio, reforçando que, quanto maior for a idade do fumador, maior a probabilidade de tentar de deixar de fumar e mais duradoura será a tentativa, apontando como hipótese de explicação deste facto, a maior morbilidade entre os mais velhos, que está associado a um maior número de consultas médicas, logo maior a probabilidade de ter sido aconselhado a deixar de fumar.

Dados da DGS no PNPCT (2019), relativamente à idade dos fumadores, refere que em 2017 a idade dos 50 aos 69 anos, apresenta a maior taxa de óbitos, associado ao tabaco, numa proporção de um em cada quatro óbitos.

Rosendo [et al.] (2009), em relação à quantidade de consumo de tabaco, mencionam que uma menor quantidade de tabaco foi associada a uma maior motivação e confiança para a cessação tabágica e, nas pessoas mais velhas, por serem grandes fumadoras em vez de deixarem de fumar, reduziram apenas o consumo.

São reconhecidos os malefícios do tabaco devido aos seus componentes, que segundo a WHO (2019a), são mais de 7.000 produtos químicos na composição do cigarro, dos quais pelo menos 250 são prejudiciais e pelo menos 69 causam cancro. Billerbeck (2019) refere que o cigarro possui mais de 4.700 substâncias tóxicas, incluindo o alcatrão, arsênico, amônia, corantes, agrotóxicos em altas concentrações, nicotina e monóxido de carbono, sendo estes últimos os mais tóxicos e, quando em alta concentração no sangue podem reduzir até 12% a capacidade aeróbia da pessoa que fuma.

O consumo de tabaco é responsável por quase 50 doenças diferentes, incapacitantes e fatais, comumente designadas por doenças relacionadas com o tabaco, tais como, 90% dos cancros de pulmão, 85% por doença pulmonar obstrutiva crónica (enfisema), 30% de outros tipos de cancro (neoplasias da boca, faringe, laringe, esófago, estomago, pâncreas, rim, bexiga, colo do útero, mama), 25% doença coronária e enfarte do miocárdio e 25% de doenças cerebrovasculares. Este consumo desencadeia e agrava outro tipo de doenças, como a hipertensão e a diabetes (Oliveira [et al.], 2019).

Afonso e Pereira (2017) relatam que o facto das pessoas fumadoras reportarem sintomas associados ao consumo tabágico, provavelmente devido à duração prolongada desse consumo, pode não obstante contribuir para a formação de atitudes mais positivas sobre a cessação tabágica. Esta consciência sobre a cessação tabágica é positiva porque aumenta a confiança do fumador acerca do controlo para deixar de fumar. Esta ideia foi já reforçada por Rosendo [et al.] (2009), quando referem que os fumadores com doenças associadas ao tabaco, estavam mais motivados quando acreditavam que melhoravam o seu estado de saúde se deixassem de fumar, com ênfase de que o fator preditivo mais forte para a cessação tabágica era o diagnóstico de uma doença relacionada com o tabaco.

De uma forma sucinta, Billerbeck (2019) menciona que os prejuízos de fumar, no sistema respiratório, dão-se com a redução do volume expiratório e em piores processos de trocas gasosas alveolares.

Os problemas respiratórios do adulto surgem como consequência do envelhecimento, da deterioração do sistema pulmonar, mas também pelos hábitos tabágicos, pois 60% dos que fumam mais de 20 cigarros por dia, têm mais de 40 anos, e estes padecerão de doenças pulmonares (Guilhermo e Navarro, 2017).

Sales [et al.] (2019) também reconhecem que o tabagismo é o maior responsável pelas doenças respiratórias. Os efeitos nocivos iniciam-se ainda na fase intrauterina e influenciam as respostas imunológicas até à vida adulta. Os fumadores com doenças respiratórias possuem especificidades que podem dificultar a cessação tabágica, tais como, maior grau de dependência e de abstinência de nicotina; níveis mais elevados de monóxido de carbono exalado; motivação e autoeficácia baixas; maior preocupação com ganho ponderal; e elevada prevalência de ansiedade e depressão. Além disso, requerem tratamento mais intensivo e prolongado.

O risco de desenvolver Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) em fumadores é diretamente proporcional ao número de cigarros consumidos por dia, tendo ainda maior peso e efeito cumulativo ao longo dos anos (carga tabágica) (DGS, 2009).

São inúmeros os autores que reforçam o facto de que o tabagismo é o principal fator relacionado com a DPOC, tendo estas pessoas como principais sintomas, a dispneia, a tosse e a expectoração que, por sua vez, causam progressiva e marcante incapacidade com rápida deterioração da qualidade e da expectativa de vida das pessoas (Silva [et al.], 2016).

Pessoas com DPOC são em grande número fumadores ativos. Numa meta-análise conduzida por Tonnesen (2013), este concluiu que a prevalência de tabagismo entre as pessoas com DPOC diminui com o tempo, paralelamente à gravidade da doença. No entanto, o mesmo autor também refere que a prevalência de tabagismo é muito elevada nas pessoas que recorrem ao uso de broncodilatadores e/ou corticoides inalados na DPOC, com prevalências de aproximadamente 54 a 77% em pessoas com DPOC leve e 38 a 51% em pessoas com DPOC grave. Estes dados demonstram que não se deve excluir pessoas com DPOC que sejam fumadores de programas que visem tratar e atenuar sintomas associados à sua doença crónica.

Pamplona e Mendes (2009) mencionam que a cessação tabágica é uma das melhores formas de melhorar o prognóstico da pessoa com DPOC. Os mesmos autores (p. 1125) referem ainda que:

“(...) os benefícios que se atingem com a cessação tabágica são similares aos pretendidos para o controlo da DPOC, no que concerne a prevenir a progressão da doença, aliviar os sintomas (...) [(tosse, expetoração, dispneia, cansaço com atividade física e pieira)], aumentar a tolerância ao exercício, melhorar a funcionalidade e a qualidade de vida e prevenir e tratar as complicações.”

Benavides e Wilches-Luna (2018) num estudo que abrangeram as principais alterações encontradas nos pacientes com DPOC, encontraram mudanças de pontuação nas variáveis: obstrução das vias aéreas, dispneia e capacidade de exercício, antes e depois da reabilitação pulmonar. Concluíram que a Reabilitação Pulmonar permitiu que a pessoa com DPOC tivesse reduções significativas na tolerância ao esforço, na dispneia e melhoria no teste da caminhada. Mais recentemente, reforçando estes resultados, Simão [et al.], 2019, num estudo de caso aplicado a uma pessoa com DPOC, demonstraram que o PRR trouxe benefícios no controlo da dispneia e diminuição da intolerância à atividade física.

A dispneia segundo Costa (2016), caracteriza-se pela sensação de dificuldade respiratória associada a um aumento do esforço para respirar, manifestando-se de diferentes maneiras. A classificação internacional para a prática de enfermagem do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE, 2006, p. 72) diz que a dispneia:

“(...) é um processo do sistema respiratório com características específicas: movimento laborioso da entrada e saída do ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, adejo nasal, alterações na profundidade respiratória, sons respiratórios adventícios, sibilos, estertores, roncos, ressonância dos sons à percussão, uso dos músculos acessórios, restrição dos movimentos torácicos, expiração com lábios franzidos, trémito e sensação de desconforto.”

Os asmáticos fumadores têm um declínio da função pulmonar, uma menor resposta à corticoterapia inalatória e sistémica, uma maior frequência de episódios de agudização e maior número de hospitalizações por exacerbações da doença. Os principais benefícios da cessação do tabagismo incluem: melhoria do controle da asma, redução das exacerbações e do declínio funcional, além da melhoria da resposta terapêutica (Sales [et al.], 2019).

A atividade física é considerada um forte aliado no controle do tabagismo, bem como na melhoria dos demais hábitos de vida relacionados com a saúde.

A palavra atividade física inclui uma ampla variedade de atividades e movimentos, como por exemplo, muitas das atividades quotidianas, ou seja, qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos, com consumo de energia, tais como: atividades de trabalhar, atividades domésticas, atividades recreativas, caminhar, jogar, dançar e viajar, sendo este o conceito que vamos adotar ao longo do estudo (Smits, [et al.], 2016).

Segundo a DGS (2018) a atividade física abrange qualquer movimento feito pelo nosso corpo, que resulte em dispêndio de energia acima dos valores de repouso. As mulheres preferem as modalidades de ginásio e natação, os homens preferem a corrida e o ciclismo. Os mais jovens (< 35 anos) elegem como preferência o ginásio, a corrida, e o futebol, relativamente aos homens. Acima dos 55 anos, ambos os sexos indicam a caminhada como a atividade preferida (55%), assinalando-se que 23% deste grupo etário não identifica qualquer preferência. Ao longo da idade, a atividade que menos varia como preferência é a natação.

Na pessoa fumadora e durante a atividade física, segundo Billerbeck (2019), os músculos necessitam de oxigénio. Quando uma pessoa fuma, inala monóxido de carbono (substância libertada na combustão do cigarro), que apresenta 245 vezes mais afinidade com a hemoglobina do que com o oxigénio, provocando uma redução na disponibilidade de transporte de oxigénio para os músculos e consequentemente, numa redução do desempenho físico. O mesmo autor, alerta ainda, que os fumadores durante a atividade física passam a ter maior dispneia, um aumento da frequência cardíaca e do trabalho dos músculos respiratórios. A inalação crónica do monóxido de carbono provoca dano na parede interna (endotélio) dos vasos, acarretando doenças cardiovasculares degenerativas, e ao mesmo tempo, prejudicando o desempenho físico da pessoa.

Numa revisão bibliográfica sobre a relação entre a adoção da prática regular de atividades físicas e a cessação do tabagismo, Billerbeck (2019) começa por descrever claramente os benefícios da atividade física:

- no sistema nervoso autónomo e nas funções cerebrais, funciona como um sistema de recompensa cerebral, trocando os estímulos de prazer, libertados pela ação da nicotina, pelo mesmo estímulo libertado pela atividade física com a libertação de serotonina;
- auxilia na regulação e perda de peso;
- reduz a pressão arterial;

- reduz a resistência à insulina;
- ajuda na mineralização óssea;
- tem influência na baixa incidência do uso de fumo e bebidas alcoólicas;
- melhora o sistema cardiorrespiratório;
- previne hipertensão e outras doenças crônicas, sendo capaz de atuar de forma significativa na prevenção de morbilidades e doenças cardiovasculares.

Honorato [et al.] (2019, p. 6) reforça outros benefícios diretos e indiretos, da atividade física, nomeadamente:

“(...) melhora a qualidade de vida, a capacidade funcional, o aspeto físico, social e emocional, a saúde mental, a diminuição da dor, o estado geral, a vitalidade e desencadeia assim o afeto, a sociabilidade, uma melhora nos padrões de sono e no desempenho ocupacional.”

Proença [et al.] (2012) investigaram a relação entre o transporte mucociliar e a atividade física, na vida diária em fumadores e não fumadores, e detetaram que os fumadores leves e não fumadores tinham uma melhor função mucociliar, associada a maiores níveis de atividade física diária. Já os fumadores, com um consumo moderado e severo de cigarros, a sua função mucociliar estava diminuída.

A prática de atividade física regular, reduz o risco de morte causada por várias doenças, melhora o estado de saúde de pessoas com doenças crônicas, de stress, de ansiedade e de depressão (Honorato [et al.], 2019). Reforçando esta mesma ideia, Smits [et al.] (2016) realizaram um estudo com o objetivo de perceber se a prática de exercício poderia ajudar na cessação tabágica em adultos com altos níveis de ansiedade. Os autores concluíram que, altos níveis de ansiedade produzem maus resultados na cessação tabágica e verificaram, também, que o exercício físico facilitava a probabilidade de cessação tabágica em indivíduos com altos níveis de ansiedade, mas não em indivíduos com baixo nível de ansiedade. Assim, o exercício físico pode ser uma boa tática terapêutica para o grupo de fumadores com transtornos e sintomas de ansiedade. Os mesmos autores relatam que os fumadores são menos propensos a iniciar e manter uma atividade física regular.

Honorato [et al.] (2019) numa revisão da literatura sobre a atividade física como estratégia no processo de reabilitação psicossocial de dependentes químicos, mostram que é fundamental usar a estratégia de refazer uma boa ligação entre o corpo e a mente. A



atividade física tem relação direta com o aumento da autoestima, da sensação de prazer e de melhoria do humor e, consequentemente, ao adquirir hábitos saudáveis, melhora as suas habilidades psicológicas e físicas.

Honorato [et al.] (2019, p. 6) referem que “a atividade física vem no sentido inverso ao da dependência”, ou seja, a dependência é caracterizada pela limitação, pela perda progressiva da capacidade de adaptar-se e de responder a uma sobrecarga física ou mental, enquanto a atividade física atenua estes danos. Os mesmos autores, concluíram que apesar dos reconhecidos benefícios da atividade física para a saúde pública, uma percentagem significativa da população é sedentária ou insuficientemente ativa.

## 1.2. Cessação Tabágica

Os benefícios da cessação tabágica iniciam-se 20 minutos após o consumo do último cigarro, pois a pressão arterial e a frequência cardíaca voltam ao normal. Ao longo dos anos, em que a pessoa deixa de fumar há diminuição do risco de doença cardiovascular, respiratória e cancerígena. As pessoas que deixam de fumar vivem em média mais 10 anos, quando comparadas com aquelas que continuam a fumar (DGS, 2013 in Patacas, 2015).

No que respeita à cessação tabágica, no IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/2017, 17,5% da população total portuguesa deixaram de fumar. Quanto aos motivos que levaram os portugueses a deixarem de fumar, 27,2% apontam para a consciencialização dos riscos associados ao tabagismo como o principal motivo, seguindo-se, respetivamente, 20,9% dos prejuízos do tabaco na saúde, 8% do elevado preço do tabaco, 5% do aconselhamento médico, da solicitação de familiares e amigos, de gravidez ou de planos para formar família, sendo que, em último lugar, surgiram as restrições impostas no local de trabalho e locais públicos como motivo para a cessação tabágica (Balsa, 2018).

Afonso e Pereira (2017) mencionam que os fumadores deixam de fumar por vários motivos, nomeadamente: **questões de saúde** (e.g. doenças do foro respiratório), já anteriormente analisadas, mas também por **questões psicossociais** (pressão de família, cônjuges, pares, questões económicas) e **psicológicas** (e.g. melhor autoestima). Os fumadores têm presentes dificuldades de dimensão cognitiva e emocional para deixar de fumar, tais como: a interligação de sentimentos positivos ao uso do cigarro (sensação de

calma), ao alívio de sentimentos negativos (ansiedade, agitação motora, tristeza), à dependência psicológica (dado o cigarro ser percebido como “um amigo”) e à falta de motivação para deixar de fumar.

A população portuguesa, que parou de fumar, relatou ter mantido o comportamento tabágico, em média, durante 12 anos (Balsa, 2014 in Patacas, 2015).

Santos (2012, p. 358) refere que:

“(…) a cessação tabágica é como um *salto de acrobática*. O médico tem a oportunidade de criar a *pista atapetada* (consulta após consulta), fornecer o *trampolim* (terapêutica) e, posteriormente, assistir ao *salto* daquele *atleta* (fumador) sobre a barra (dependência). (...). Tal como um atleta necessita de boa condição física antes de uma prova, o fumador precisa de boa condição emocional (que abarca, naturalmente, a condição motivacional) para ser bem-sucedido.”

Consideramos que este é um processo que efetivamente apresenta condições para conduzir ao sucesso, mas não podemos deixar de refletir que este sucesso só será alcançado com uma abordagem multidisciplinar, onde o Enfermeiro de Reabilitação tem um papel crucial.

A integração da pessoa, num programa de consulta de cessação tabágica, pressupõe a apreciação do grau de motivação – quantitativamente, utilizando a escala de Richmond, a avaliação do grau de dependência, usando a escala de Fagerström, assim como a avaliação da ansiedade e depressão hospitalar através da escala de HADS (do inglês *Hospital Anxiety and Depression Scale*).

A prática clínica no âmbito da cessação tabágica deve ser baseada na evidência científica, que decorre da aplicação de *guidelines* sobre o tratamento do uso e dependência do tabaco, publicadas por várias entidades reconhecidas que contribuíram para a criação do programa-tipo de atuação na cessação tabágica. A DGS (2017c) no PNPCT orienta para uma intervenção sistematizada, com programas individuais e em grupo, e salienta que todos os fumadores devem ser alvo de um aconselhamento através de uma intervenção breve, realizado por profissionais de saúde. Efetivamente, consideramos que os profissionais de saúde, nomeadamente, o médico, o enfermeiro de reabilitação e o psicólogo, em parceria com a pessoa e família constituem um forte recurso para o sucesso da cessação tabágica.

A motivação para deixar de fumar é um dos fatores que tem mostrado estar associado com a abstinência de tabaco, a curto e longo prazo (Piñeiro [et al.], 2016).

O programa de cessação tabágica integra, por sua vez, a entrevista motivacional, uma abordagem centrada e individualizada para cada pessoa que possa acrescentar alguns pontos na determinação do nível motivacional, assim como na perceção do contexto sociofamiliar, que possa interferir no sucesso de uma cessação tabágica e assim criar um ambiente favorável para a verbalização de medos e expectativas.

A motivação, segundo Biener e Abrams, 1991 in Vangeli [et al.], 2011, é definida como uma preparação para mudar e desempenha assim um papel importante no processo de cessação tabágica (Baker [et al.], 2004). A motivação envolve um componente emocional e um componente cognitivo, racional, que pondera os benefícios e riscos associados à mudança (Borland [et al.], 2010).

De acordo com os dados recolhidos no âmbito do IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17, Balsa [et al.] (2018) recorrendo à escala de Richmond, verificaram que 41,7% dos fumadores nos últimos 30 dias, dos 15 aos 74 anos, apresentavam baixa motivação para deixar de fumar, 41,3% motivação moderada e 17% motivação elevada.

Alguns estudos de investigação relacionados com as formas de tratamento, têm apontado a importância de distinguir entre as diferentes fases do processo de cessação, nomeadamente: motivação, pré-cessação, cessação e manutenção (Baker [et al.], 2011; Schlam e Baker, 2012 in Afonso e Pereira, 2017), sendo possível que os preditores das tentativas de cessação sejam diferentes dos preditores da manutenção (Borland [et al.], 2010 in Afonso e Pereira, 2017). Neste sentido, alguns estudos têm mostrado que a motivação para parar de fumar está fortemente relacionada com as tentativas de cessação, mas não com a manutenção (Borland [et al.], 2017). Por outro lado, outros autores encontraram evidências de que níveis elevados de motivação aumentam a probabilidade de manter a cessação tabágica (Piñeiro [et al.], 2016).

Batista (2014) no que se refere ao género da pessoa fumadora em relação à motivação para deixar de fumar, mencionou que os homens apresentaram índices maiores de motivação de grau elevado para deixar de fumar comparativamente às mulheres, sendo a relação entre a motivação e o género estatisticamente significativa. O mesmo autor, refere ainda que as pessoas que fumam há mais tempo apresentaram maiores índices de motivação elevada

para deixar de fumar comparativamente aqueles que mantêm o comportamento há menos de 25 anos.

Sales [et al.] (2019) referem que na pessoa com asma ou DPOC é possível aumentar a motivação para deixar de fumar usando resultados dos exames espirométricos.

No estudo de Afonso e Pereira (2017) quando se trata de aumentar a motivação para deixar de fumar, também pode ser importante para a pessoa concentrar-se mais nas crenças afetivas (sentimentos positivos e negativos), em vez de se concentrar apenas nas crenças instrumentais (e.g. vantagens/desvantagens em deixar de fumar). Sheeran [et al.], 2005 in Afonso e Pereira, 2017, realçam que é frequente a pessoa falhar as suas intenções porque a motivação parece não ser suficiente para assegurar a mudança de comportamento.

Afonso e Pereira (2017) referem que a ansiedade e a depressão são muito frequentes nas pessoas fumadoras, uma vez que quando as pessoas são questionadas acerca das desvantagens de deixar de fumar, elas evidenciam um  $\theta$  aumento de *stress*, nervosismo ou ansiedade (56%).

Ferreira e Santos (2017) mencionam que ao seguir a cascata de fenómenos, no fumador, deteta-se que habitualmente, possuem patologia respiratória e apresentam um elevado risco de desenvolver quadros de ansiedade e depressão, que interferem no processo de reabilitação, pelo que se torna pertinente a sua caracterização com a aplicação da HADS.

A prevalência do tabagismo em pessoas com depressão clínica é aproximadamente duas vezes mais alta do que na população geral (Lawrence [et al.], 2009 in Smith [et al.], 2014). Alguns estudos mostraram que a depressão está associada com a recaída precoce (Weinberger [et al.], 2013; Zhou [et al.], 2009 in Stepankova [et al.], 2017). Neste sentido, Cooper [et al.] (2016) in Stepankova [et al.] (2017) encontraram evidências de que a depressão era preditora negativa de abstinência, havendo ainda uma interação com o sexo. Assim, enquanto no caso dos homens a depressão não era preditora de abstinência tabágica, no caso das mulheres os sintomas e diagnóstico depressivo estavam associados com uma menor probabilidade de abstinência.

Considerando que as pessoas com depressão, apresentam maior probabilidade de fumar, fumam mais cigarros por dia e evidenciam menor probabilidade de sucesso na cessação tabágica do que as pessoas sem depressão, Mathew [et al.] (2017) realizaram uma revisão

sistemática de literatura acerca dos estados psicológicos que estão subjacentes ao tabagismo na depressão e identificaram três mecanismos centrais que sustentam este comportamento: baixo afeto positivo, elevado afeto negativo e a existência de comprometimento cognitivo.

Outro aspeto importante a ter em conta para o sucesso da cessação tabágica é a dependência da nicotina.

Dependência, segundo a CID 10 (WHO, 2019b) define-se como um forte desejo ou compulsão para: o uso de uma determinada substância; dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância; sintomas de abstinência na descontinuação do uso; desenvolvimento de tolerância; abandono de outras atividades pelo consumo; e persistência no uso da substância, apesar das evidências de consequências nocivas. Santos [et al.] (2010, p. 4716) afirmam que:

“(...) a nicotina é considerada uma droga psicotrópica ou psicoativa e o uso frequente de cigarro e outras formas de tabaco que contém nicotina leva ao desenvolvimento de tolerância e dependência em processo semelhante ao desenvolvido por outras drogas como cocaína e heroína.”

Os distúrbios devidos ao uso de nicotina são ainda caracterizados na CID 11 (WHO, 2019b), que estará em vigor a partir de 2022, como: transtorno mental, comportamental ou do desenvolvimento neurológico, para além da intoxicação por nicotina.

De acordo com os resultados da escala de Fagerström, para avaliar a dependência da nicotina, da população portuguesa, segundo Balsa (2018) no IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17, 12,4% apresentam um baixo grau de dependência à nicotina, 13,1% um grau médio e 2,5% da população total está dependente do consumo de tabaco. O nível de dependência médio e máximo é ligeiramente mais elevado no grupo dos 25-34 anos e o consumo e a dependência são mais elevados entre os homens.

Para Afonso e Pereira (2017) a nicotina está implicada numa ampla gama de danos que afetam a maioria dos órgãos e sistemas do corpo, que podem ser classificados com diferentes graus de dependência. O distúrbio do sono e vigília induzido pela nicotina é também reconhecido. Os mesmos autores mencionaram que os fumadores, podem apresentar dependência física à nicotina acompanhada de alterações de humor/ansiedade,

quando tentam deixar de fumar, especialmente os que fumam mais cigarros por dia (Sattler e Cade, 2013 in Afonso e Pereira, 2017). Estudos revelam que fumadores com elevada dependência à nicotina apresentam mais resistência ao tratamento para deixar de fumar e necessitam de uma intervenção mais complexa, combinando métodos cognitivo-comportamentais e métodos alternativos (por ex., estratégias de promoção da saúde física e mental) (Cini [et al.], 2012; Duarte [et al.], 2015 in Afonso e Pereira, 2017).

Segundo Santos [et al.] (2010) os fumadores com um peso mais elevado são os que habitualmente fumam o primeiro cigarro em menos de 30 minutos após o acordar, têm a percepção de maior dependência, têm uma maior dificuldade em abandonar o vício e têm pouca autoconfiança. Nestas pessoas, deve-se fortalecer a motivação e rever o plano terapêutico que minimize o risco de fracasso. Muitas afirmam que querem parar de fumar, porém, esse desejo expresso verbalmente pode não traduzir os verdadeiros sentimentos em relação ao tabagismo.

Batista (2014) verificou no seu estudo existir uma relação estatisticamente significativa entre a idade e a dependência nicotínica, sendo que a percentagem de fumadores com dependência elevada aumenta com a idade, e que fumadores com menos de 55 anos (78,0%), apresentaram dependência baixa a moderada. A mesma autora refere ainda que a percentagem de fumadores com um nível de dependência nicotínica elevada foi significativamente maior nos fumadores com maior duração do comportamento tabágico. Para muitos, o tabaco resulta numa verdadeira dependência, comparável à dependência causada por opiáceos, anfetaminas e cocaína e, tal como no caso destas drogas, apresenta muitas das características de doença crónica.

No que concerne a estudos recentes, realizados a pessoas fumadoras, em intervenções de cessação tabágica, a maioria dos estudos recorrem à escala de dependência de nicotina (Escala de Fagerström) e à escala da motivação (Escala de Richmond). Muito recentemente, Rodríguez [et al.] (2019) utilizaram essas duas escalas, numa amostra com 181 pessoas, em Hospitalização Domiciliária, dos quais 70% eram homens, com idade média de 61 anos, e com um consumo médio de 26 a 35 maços de cigarros por ano. Os autores concluíram que 41% das pessoas da amostra tinham patologia respiratória e que 31% das pessoas deixou de fumar. Concluíram ainda que as pessoas com patologia respiratória, apresentavam maior exposição ao tabaco, maior dependência à nicotina e maior motivação.

### 1.3. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O Enfermeiro de Reabilitação deve ser capaz de responder a novos desafios, colocados pelas necessidades das pessoas e das organizações, sendo para tal fundamental aplicar na sua prática, os conhecimentos que adquire ao longo do seu processo de formação. É a partir da mobilização das competências dos profissionais que as instituições evoluem, pois estas contribuem para a inovação de métodos e estratégias de trabalho, alterando as formas tradicionais de desempenho.

Gomes (2008) destaca um estudo de Dellasega e Zerbe (2000), onde estes fizeram uma comparação dos resultados dos cuidados prestados entre enfermeiros especialistas e enfermeiros generalistas. Os autores concluíram haver uma maior eficácia por parte dos especialistas. Pelas competências dos enfermeiros especialistas, estes estão mais despertos e responsabilizados por cuidados de maior complexidade e por isso com uma maior visibilidade social.

A DGS (2015) na revisão e extensão do Plano Nacional de Saúde (PNS) a 2020, alinhada com a estratégia *Health 2020* da OMS, mais especificamente, nas metas que define para a saúde dos portugueses, incluiu a redução da prevalência do consumo do tabaco e eliminação da exposição ao fumo do tabaco. E, no PNS, o presidente da APER, enquadrando as funções dos enfermeiros especialistas de reabilitação, reforçando a missão destes em promover ações para a **prevenção e tratamento** da doença e para a promoção dos processos de readaptação da pessoa ao longo de todo o ciclo vital, não só com o intuito de manter as suas capacidades funcionais como, fundamentalmente, otimizar a qualidade de vida das pessoas, família e comunidade (Rocha, 2010).

O regulamento n.º 125/2011 publicado no Diário da República, 2.ª série, N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011, página 8658, menciona que:

“O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos **problemas reais e potenciais** das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.”

A **missão** da Enfermagem de Reabilitação, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018, p. 6):

“(...) visa o diagnóstico e **a intervenção precoce**, a **promoção da qualidade de vida**, o aumento da funcionalidade, o autocuidado e a **prevenção de complicações** evitando a incapacidade ou minimizando as mesmas, gerando ganhos em saúde.”

Tendo por base as competências e a missão do Enfermeiro de Reabilitação, este obrigatoriamente tem que se constituir como um recurso para a pessoa em consulta de cessação tabágica e negociar um programa de reabilitação de acordo com as necessidades específicas de cada uma das pessoas.

Assim, no âmbito da sua intervenção e direcionado para o problema em estudo, deve prescrever intervenções que:

- Promovam ações preventivas na capacidade funcional;
- Previnam complicações, intervindo na educação da pessoa;
- Implementam um programa de reabilitação funcional cardiorespiratória, motora, sensorial, cognitiva, da sexualidade, da função alimentação e da eliminação.

A OE (2018) menciona na proposta dos padrões da qualidade dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, intervenções que foram tidas em conta no nosso estudo, tais como:

- Readaptação Funcional - conceção de estratégias de empoderamento que permitam à pessoa desenvolver competências, conhecimentos, capacidades de forma a eliminar ou reduzir os riscos decorrentes da alteração da sua funcionalidade;
- Reeducação Funcional - desenvolver um programa de reabilitação, incluindo técnica e tecnologia para a pessoa com necessidades especiais, deficiência e doença crónica.

Segundo a OE (2018) um PRR deve ser individualizado, tendo em conta a patologia, a idade, a capacidade de aprendizagem, os objetivos do programa, os recursos existentes e os processos de motivação da pessoa. O **sucesso** de um Programa de Reabilitação (PR) centra-se em três pontos:



- Multidisciplinariedade: abordagem das necessidades de cada pessoa, elaborando um programa adaptado, global e coerente, realizado por uma equipa multidisciplinar com conhecimentos diversos na área da saúde;
- Individualidade: traçar objetivos individuais adaptados a cada pessoa e às suas expectativas,
- Fatores físicos e sociais: perspectiva holística da pessoa, para se atingir os objetivos e expectativas propostas.

Tendo em consideração todos estes pressupostos e centrando-nos na pessoa que fuma, a frequentar uma consulta de cessação tabágica, percebemos que é importante delinear uma intervenção na área da reeducação funcional respiratória, de forma a dar resposta a alterações já existentes, mas também, a prevenir complicações inerentes ao uso do tabaco.

O PRR é definido como a terapêutica que utiliza fundamentalmente o movimento na sua intervenção, também, designada por Cinesiterapia Respiratória, e atua nos fenómenos mecânicos da respiração, ou seja, na ventilação externa e, através dela, melhora a ventilação alveolar, utilizando vários exercícios respiratórios (Heitor, 1998).

Um dos objetivos do PRR, é assegurar a permeabilidade das vias aéreas. Expetorar é considerada a expulsão por meio da tosse, de secreções provenientes da traqueia, brônquios e pulmões. Baseando-se nos métodos que facilitam a eliminação das secreções brônquicas no movimento, um destes mecanismos é a tosse. A tosse desempenha um papel primordial como mecanismo de limpeza das vias aéreas, sendo praticamente essencial à vida (Cordeiro e Menoita, 2012).

Numa visão fisiopatológica, Taylor [et al.] (2015) descrevem que o tabagismo provoca alterações dos cílios da mucosa traqueobrônquica e aumenta a produção de secreções levando ao estreitamento das vias aéreas e ao aumento da probabilidade de colapso alveolar e consequentemente infeção das vias aéreas. O tabaco foi responsável por 12% das mortes por infeção respiratória inferior (ONDR, 2018).

O estudo de Proença [et al.] (2012) demonstrou que a eficiência do transporte mucociliar é prejudicada em pessoas fumadores em comparação com pessoas não fumadores. No que se refere à quantificação do transporte mucociliar, através do tempo de trânsito de sacarina, os autores verificaram que os fumadores moderados e severos apresentavam valores

significativamente maiores do que os não fumadores, ou seja, o sistema mucociliar é desacelerado pela intensidade de consumo de tabaco. Os mesmos autores relatam ainda a importância da atividade física neste processo, que está associada ao aumento dos níveis de mediadores adrenérgicos, e que, por sua vez, estimulam a frequência do batimento ciliar e assim, a clearance. Os fumadores leves e não fumadores, têm uma melhor função mucociliar que foi associada a maiores níveis de atividade física diária, o que não foi observado em fumadores com consumo moderado e severo de cigarros.

Segundo a maioria dos estudos encontrados, nas pessoas fumadoras, estas têm patologia respiratória crónica (DPOC entre outras). Almeida (2019), menciona que nestas pessoas as técnicas de higiene brônquica podem diminuir o risco de hospitalização. A educação de estratégias de tosse efetiva ou expiração forçada pode ser útil, após a avaliação das alterações fisiopatológicas subjacentes, as características das secreções, a colaboração e a preferência da pessoa e o custo-benefício. Cordeiro e Menoita (2012) referem que as pessoas com patologia respiratória crónica beneficiam com um programa de treino de exercício, melhorando quer a tolerabilidade ao exercício quer os sintomas da dispneia e fadiga (Evidência A).

Na intervenção enquanto Enfermeira de Reabilitação, a prática regular de atividade física por parte da pessoa que quer deixar de fumar foi uma preocupação.

Almeida (2019) menciona que a atividade física é uma das bases dos programas de reabilitação, sendo a melhor estratégia disponível para melhorar: a força, a função muscular, a dispneia e a tolerância ao esforço. Costa (2016) relata os benefícios da atividade física de manutenção, associados ao deixar de fumar, uma vez que aumentam a tolerância ao esforço e melhoram a qualidade de vida. O mesmo autor refere que a atividade física pode funcionar de forma positiva na desabituação da nicotina, mas também na redução da probabilidade de recaídas. Squassoni [et al.] (2011) destacam o efeito da atividade física em pessoas fumadoras, demonstrando que este induz a uma diminuição na ânsia de fumar.

O PRR tem ainda impacto no controlo da dispneia. Num estudo descritivo de Campos [et al.] (2015) realizado num Centro de Saúde de Talagante, no Chile, e utilizando uma amostra de 54 pessoas com DPOC, todos com antecedentes de hábitos de tabagismo, incluídos num programa de reabilitação respiratória, os autores observaram uma melhoria

de 75% na variável “avaliação da dispneia” após o programa. Concluíram assim que os pacientes com DPOC, ex-fumadores e fumadores, que completaram tais programas apresentam ganhos funcionais e de qualidade de vida.

A consulta multidisciplinar de cessação tabágica combina o esforço de várias disciplinas e integra um pneumologista, um psicólogo e uma enfermeira de reabilitação. Segundo Hoeman (1996) qualquer meta, quer seja de natureza física, psicológica, social ou espiritual não pode ser completamente atingida por uma única especialidade, e estes cuidados são sinérgicos, constituindo cuidados mais holísticos do que uma especialidade isolada. Gomes (2008), refere que a preocupação com as necessidades psicológicas das pessoas não deve ser da exclusiva responsabilidade do médico ou do psicólogo, mas deve realçar-se a importância do enfermeiro especialista, pois o seu grau de relação com a pessoa é muito maior do que os restantes profissionais. O suporte psicológico é uma parte importante do programa de reabilitação, na pessoa fumadora, com o ensino de estratégias para evitar ansiedade no processo de cessação tabágica.

Para Hoeman (1996), o enfermeiro de reabilitação deve garantir um suporte social à pessoa, que pode ser: emocional, espiritual, físico, educacional ou de lazer. Este atua como fator importante relativamente à tolerância ao *stress*. Pois uma pessoa com um suporte social forte consegue reduzir o efeito que o agente stressor terá sobre si. O mesmo autor, menciona que os enfermeiros de reabilitação são encorajados a adotar uma intervenção que atue no tratamento de sintomas mas também na prevenção dos mesmos, para melhorar os resultados esperados.

Segundo a DGS (2015) o PRR é uma das intervenções terapêuticas com melhor relação custo-efetividade, pois melhora a função muscular dos membros, a capacidade de exercício, a função emocional, a qualidade de vida, o conhecimento e a autoeficácia. A PRR tem também efeitos económicos na saúde e deve ser considerada uma componente essencial nos cuidados integrados da pessoa com problemas respiratórios. Embora o PRR seja largamente conhecido pelos seus benefícios, a realidade atual em Portugal, é de que esta não está a ser utilizada como uma estratégia terapêutica incluída nas consultas de cessação tabágica. O Plano Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR) da DGS (2015) efetuou um estudo com a Comissão de Reabilitação Respiratória da Sociedade Portuguesa de Pneumologia em colaboração com a Sociedade Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação com o objetivo de avaliar o estado e a evolução da Reabilitação

Respiratória em Portugal, e constatou que a nível da rede hospitalar nacional existe uma baixa capacidade instalada, quer no que se refere ao número de centros que disponibilizam o PRR, quer quanto ao volume de pessoas tratadas. Esta conclusão decorre do facto de serem candidatos a um PRR não apenas pessoas com DPOC, mas também com outras entidades clínicas responsáveis por doença respiratória crónica.

Pouco se conhece sobre o efeito do PRR em pessoas fumadoras. Tivemos dificuldade em circunscrever a nossa pesquisa às pessoas fumadoras sem patologia respiratória.

Pamplona e Mendes (2009, p. 1124) reforçam que:

“(...) as particularidades do fumador com DPOC justificam uma intervenção específica, tendo como base a evidência científica, já comprovada para o fumador saudável, e deve ser complementada por estudos efetuados em pessoas com DPOC.”

Os mesmos autores alertam para duas recomendações, adequadas ao nosso estudo, que mencionam que, com nível de evidência B, os doentes com DPOC tem uma necessidade maior e mais urgente para parar de fumar, comparativamente com o fumador em geral e, a recomendação de nível de evidência C, menciona a necessidade dos profissionais que tratam doentes respiratórios terem conhecimentos específicos que lhes possibilitem atitudes adequadas e treino de capacidades e competências para a resolução de problemas.

Encontramos três estudos, que nos parecerem direccionados especificamente para este assunto, que relatam o impacto dos programas de reabilitação respiratória na pessoa que seja fumadora, com ou sem DPOC.

Paone [et al.] (2008), em Roma, realizaram um estudo intitulado “The combination of a smoking cessation programme with rehabilitation increases stop-smoking rate”, utilizando um grupo de intervenção com 102 fumadores num programa de cessação tabágica durante a prática de reabilitação pulmonar e cardíaca, e um grupo controlo com 101 fumadores apenas na consulta de cessação tabágica. Os dois grupos tiveram sessões de aconselhamento comportamental semanalmente, dadas pela equipa multidisciplinar e foram equitativamente distribuídos pelas suas características (exemplo: idade, anos que fuma, dependência da nicotina). Os resultados provaram a eficácia do programa de reabilitação na cessação do tabagismo, demonstrando que após 1 ano da intervenção, 69 pessoas (68%) do grupo de intervenção e 32 pessoas (32,3%) do grupo controlo,

conseguiram parar de fumar, o número médio de cigarros por dia era de 21,5 e de 23,7, respetivamente.

Santana [et al.] (2010), no Brasil, realizaram um estudo prospetivo, intitulado “A influência do tabagismo atual na aderência e nas respostas à reabilitação pulmonar em pacientes com DPOC”, com 18 ex-fumadores e 23 fumadores, num PRR, com duração de 12 semanas. Os autores investigaram o possível efeito modulador do tabagismo atual na adesão ao PRR e nos efeitos do PRR em pessoas fumadoras com DPOC. A proporção de pessoas não aderentes ao PRR foi maior nos fumadores (30,4%) do que nos ex-fumadores (11,1%) justificado pelo facto de o perfil psicológico negativista de muitos dos fumadores influenciar a adesão a este programa. Os fumadores que completaram o programa ( $n=16$ ) tiveram ganhos equivalentes aos não fumadores, nas respostas subjetivas (qualidade de vida) e objetivas (distância da caminhada). O estudo evidenciou, ainda, impacto positivo na avaliação do grau de dispneia, atendendo a que antes do PRR os fumadores tinham uma média de 3 e após a intervenção reduziram para 2,5. Na capacidade de exercício, a distância em caminhadas era de 427 metros antes da intervenção e aumentou para 503 metros após o PRR. Relativamente ao valor total da qualidade de vida avaliada através do *Specific Saint George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ), antes do PRR tinham 39 e após 23,5, sendo que reduções maiores ou iguais a quatro, traduzem melhoria significativa na qualidade de vida. O programa pode ainda associar-se à redução significativa no número de cigarros consumidos/dia, sendo de 20 versus 7 após RP (valor  $p < 0,001$ ). Os autores concluíram também que, apesar dos fumadores terem tido menor adesão ao PRR, estes apresentam ganhos funcionais e na qualidade de vida equivalentes aos ex-fumadores.

Moretto e Kerkhoff (2018) realizaram um PRR, de 3 vezes por semana, durante 5 semanas, num estudo de caso (tipo qualitativo e quantitativo) a quatro pessoas fumadores, com idades entre os 59 a 62 anos (3 homens e 1 mulher), que tinham um consumo de 20 a 30 cigarros por dia e um grau de dependência da nicotina (escala de Fagerström) leve a moderado. Após o programa houve um aumento da força muscular respiratória dos participantes, bem como relataram melhoria quanto à dispneia, aperto no peito, realização de atividades físicas, ansiedade (função emocional), autocontrolo e qualidade de vida. Concluíram que tais benefícios mostram a importância do PRR na prevenção e no tratamento das pessoas fumadoras, juntamente com o Programa Nacional de Tabagismo, dando ênfase ao papel deste na prevenção das doenças associadas ao tabaco.

No que diz respeito ao conhecimento dos malefícios do tabaco das pessoas fumadoras, Santos [et al.] (2019), mencionaram que o maior nível de conhecimentos dos fumadores foi associado de forma positiva ao deixar de fumar. Na nossa perspetiva, neste estudo, melhorar o estado de saúde da pessoa que fuma e ajudá-lo a tornar-se mais competente para cuidar de si próprio, é de um valor inestimável, quer se tenha conseguido ou não que ele tenha deixado de fumar nos contactos que teve connosco.

Assim, consideramos que o papel do enfermeiro de reabilitação integrado numa consulta de cessação tabágica é efetivamente uma mais valia, desde que os programas sejam adaptados às necessidades de cada pessoa.

Consideramos que um PRR, para a pessoa da consulta de cessação tabágica, deve basear-se nas técnicas apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Técnicas de PRR para a pessoa da consulta de cessação tabágica.

<b>Técnicas de PRR</b>	<b>Objetivos</b>
<b>Técnicas de descanso e relaxamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuir a tensão psíquica e muscular</li> <li>• Facilitar a participação da pessoa no controlo da respiração, em situações de cansaço e de dispneia</li> </ul>
<b>Consciencialização dos tempos respiratórios e controlo da respiração</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adotar um ritmo e frequência respiratória adequados</li> <li>• Obter uma ventilação alveolar mais eficaz</li> <li>• Diminuir gastos em energia</li> </ul>
<b>TEF (Técnica de Expiração Forçada)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensino da tosse</li> <li>• Tosse dirigida</li> <li>• Tosse dirigida modificada ou <i>Huffing</i></li> <li>• Tosse assistida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otimizar o mecanismo de <i>clearance</i> mucociliar</li> <li>• Prevenir a acumulação de secreções</li> <li>• Melhorar a ventilação pulmonar</li> <li>• Reduzir a progressão da doença respiratória</li> </ul>
<b>Aconselhamento breve para a promoção da atividade física</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otimizar o mecanismo de <i>clearance</i> mucociliar</li> <li>• Melhorar a tolerância ao exercício</li> <li>• Diminuir as complicações inerentes à inatividade física dos fumadores.</li> </ul>

Neste estudo, e segundo Hoeman (1996) aplicaram-se ainda:

- Técnicas de gestão do *stress* com o objetivo de aumentar o relaxamento e de aliviar a tensão;
- Estratégias de repouso, como ler e ouvir música;
- Promoção de humor saudável.

O programa que propomos terá sempre que ser adaptado às reais necessidades de cada pessoa, como já referimos, mas também adaptado em termos de duração a cada pessoa, atendendo a que o processo de apreensão pode não ser igual para todos. A DGS recomenda para a realização do PRR, que estes sejam curtos porque têm menores custos e podem, por isso, permitir o acesso a mais doentes, mas por outro lado, uma duração superior pode produzir maiores ganhos (Almeida, 2019).

## **1.4. Teoria do Autocuidado de Orem**

Os modelos conceptuais e teóricos criam mecanismos pelos quais, como enfermeira de reabilitação, podemos evidenciar a estrutura moral/ética para orientar as ações de enfermagem e comunicar as convicções profissionais, pois favorecem um modo de pensar sistemático sobre a enfermagem (Chinn e Kramer, 2004 in Queirós, 2014).

Uma das teorias mais citadas na enfermagem é a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea de Orem, desenvolvida entre 1959 e 1985, que incorpora o modelo de enfermagem que se enquadra partindo do pressuposto que tem capacidade para expandir a disciplina e a ciência de enfermagem (Queirós [et al.], 2014).

Galvão e Janeiro (2013, p. 226) mencionam que:

“(…) o autocuidado é a chave dos cuidados de saúde e é visto como uma orientação subjacente à atividade do enfermeiro e que a distingue de outras disciplinas (…) por meio das ações de autocuidado são implementadas intervenções de promoção da saúde orientadas para a prática de cuidados de enfermagem ao longo de um continuum, desde os cuidados de saúde primários, passando pelos serviços de internamento, unidades de internamento de longa duração e serviços de reabilitação.”

Orem parte de pressupostos sobre o ser humano, que partilhámos, e que, de certa forma, orientarão este trabalho, citando Bastos (2013, p. 45):

- “Todos os seres humanos têm o potencial para desenvolver conhecimentos e competências e de manter a motivação necessária para o autocuidado;
- A forma de satisfação das necessidades de autocuidado tem uma componente cultural, social e individual;
- As ações de autocuidado são planeadas em função do que se pretende e requerem intencionalidade.”

Queirós [et al.] (2014, p. 159) definem que, para Orem:

“(...) o autocuidado é uma função humana reguladora que as pessoas desempenham deliberadamente por si próprias ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar (...) a necessidade de cuidados de enfermagem está associada à subjetividade da maturidade das pessoas em relação às limitações da ação relacionadas com a saúde ou com os cuidados de saúde.”

Bastos (2013) realça que esta teoria assenta na premissa que as pessoas sabem quando necessitam de pedir ajuda e procuram saber, desenvolvendo formas de satisfazer as necessidades de autocuidado.

Perante a pessoa que procura a cessação tabágica, criam-se novas exigências que vão desde a necessidade de procurar ajuda profissional ao estar consciente das consequências a que o conduzirá continuar a fumar. Bastos (2013, p. 47) descreve que:

“(...) o processo de autocuidado inicia-se com a consciencialização do estado de saúde, requerendo um processo racional que integre a experiência pessoal, normas culturais e sociais essenciais para a tomada de decisão sobre o projeto de saúde pessoal (...) que perante uma necessidade específica, é necessário planear uma linha de ação para atingir os objetivos pretendidos, só levados à sua consecução caso exista, também, o desejo e o compromisso de continuidade do plano (...) para que uma pessoa possa cuidar de si mesmo, precisa de motivação; capacidade para a tomada de decisão; conhecimento técnico; capacidades cognitivas, percetuais e interpessoais.”

Orem identificou os três tipos de prática da ciência de enfermagem nos sistemas de enfermagem, e no nosso estudo aplica-se, segundo Queirós (2014, p. 161):

“(...) o sistema parcialmente compensatório, quando o indivíduo apenas precisa da enfermagem para ajudá-lo naquilo que ele não é capaz de realizar por si só e apoio-educativo, quando o indivíduo é capaz de realizar o autocuidado, embora necessite dos enfermeiros para o ensinar e supervisionar na realização das ações.”



Bastos (2013, p. 50) menciona que:

“(...) o autocuidado formalmente guiado se caracteriza pela regularidade e rotina na realização de atividades de vida e no estreito cumprimento das indicações terapêuticas fornecidas pelos profissionais de saúde. Sabem o que devem, ou não, fazer, mas não o porquê.”

Tal como foi referido anteriormente neste estudo, segundo a DGS (2016), os profissionais de saúde devem encarar o tabagismo como uma doença crónica, de dependência da nicotina, mas também como um determinante de saúde evitável, que deve ser prevenido e controlado. Galvão e Janeiro (2013, p. 227) mencionam que “o autocuidado é considerado um elemento fulcral na pessoa com doença crónica e na sua preservação, com um nível aceitável de funcionalidade”. O autocuidado permite à pessoa observar-se, reconhecer sintomas, determinar a agressividade da sintomatologia e escolher estratégias apropriadas para debelar esses sintomas, minimizando-os e maximizando a saúde. A implementação de ações de autocuidado promove uma parceria entre enfermeiro e pessoa/ família, de modo a que os últimos desenvolvam capacidades e conhecimentos para se adaptarem e procederem a tomadas de decisão informadas, relativamente à sua doença crónica.

## **Capítulo 2. Fase Metodológica**

Este capítulo destina-se a descrever o processo metodológico: questão de investigação, finalidade, objetivos do estudo, hipóteses de investigação, tipo de estudo, variáveis em estudo, amostra e contexto, instrumentos de recolha de dados, procedimento de recolha e tratamento de dados e aspetos éticos.

Os métodos de investigação harmonizam-se com os mais diversificados fundamentos filosóficos que são capazes de suportar as preocupações e as orientações de uma investigação (Fortin, 2009).

## **2.1. Questão de Investigação, Finalidade e Objetivos do Estudo**

Ao longo do nosso percurso profissional vamo-nos confrontando com várias inquietudes que nos fazem refletir sobre qual o percurso a seguir. Tendo iniciado um novo desafio profissional, que foi integrar a equipa da consulta de cessação tabágica e associado a este facto ser enfermeira de reabilitação, surgiram várias interrogações que culminaram na seguinte questão de investigação: **Qual o efeito de um programa de reabilitação respiratória, na pessoa fumadora em consulta de cessação tabágica?**

Este estudo tem como finalidade contribuir com ganhos em saúde, na pessoa fumadora, em consulta de cessação tabágica, submetido a um programa de enfermagem de reabilitação.

Assim, com este estudo de investigação, o objetivo principal é: avaliar os efeitos de um programa de intervenção em Enfermagem de Reabilitação Respiratória, na pessoa fumadora, a frequentar uma consulta de cessação tabágica.

E os objetivos específicos são:

- Avaliar a **prática de atividade física**, antes e após um programa de enfermagem de reabilitação, na pessoa fumadora, de uma consulta de cessação tabágica;
- Avaliar o **número de cigarros** antes e após um programa de enfermagem de reabilitação, na pessoa fumadora, de uma consulta de cessação tabágica;
- Avaliar o **grau de dispneia** antes e após um programa de enfermagem de reabilitação, na pessoa fumadora, de uma consulta de cessação tabágica;
- Avaliar a **ansiedade** antes e após um programa de enfermagem de reabilitação, na pessoa fumadora, de uma consulta de cessação tabágica;
- Avaliar a **depressão** antes e após um programa de enfermagem de reabilitação, na pessoa fumadora, de uma consulta de cessação tabágica;

- Avaliar a **dependência da nicotina** antes e após um programa de enfermagem de reabilitação, na pessoa fumadora, de uma consulta de cessação tabágica;
- Avaliar a **motivação para deixar de fumar**, antes e após um programa de enfermagem de reabilitação, na pessoa fumadora, de uma consulta de cessação tabágica.

## 2.2. Hipóteses do Estudo

Segundo Fortin (2009, p.102) no quadro de uma investigação, o termo hipótese menciona o porquê do estudo, ou seja, “é um enunciado formal de relações previstas entre duas ou mais variáveis”.

Tendo como base esta fundamentação consideramos as seguintes hipóteses de estudo:

**H1**– O PRR aumenta a **prática de atividade física**, na pessoa fumadora, na consulta de cessação tabágica;

**H2** – O PRR influencia o **número de cigarros** na pessoa fumadora, na consulta de cessação tabágica;

**H3** – O PRR diminui o grau de **dispneia**, na pessoa fumadora, na consulta de cessação tabágica;

**H4** – O PRR influencia a **ansiedade e depressão** na pessoa fumadora, na consulta de cessação tabágica;

**H5** – O PRR influencia a **dependência de nicotina** na pessoa fumadora, na consulta de cessação tabágica;

**H6** – O PRR influencia a **motivação** na pessoa fumadora, na consulta de cessação tabágica.

## 2.3. Tipo de Estudo

No presente estudo utilizamos uma **metodologia quantitativa**, através de um **estudo quase-experimental de grupo único**.

O método de investigação quantitativo citando Fortin, (2006, p. 27)

“(…) caracteriza-se pela medida de variáveis e ela obtenção de resultados numéricos susceptíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos. Faz apelo a explicações, a predições e ao

estabelecimento de relações de causa e efeito. Segundo este método, os fenómenos humanos são previsíveis e controláveis.”

O desenho do estudo é um plano realizado com uma sequência lógica que tem como finalidade responder à questão de investigação e objetivos formulados (Fortin, 2009). O presente estudo caracteriza-se como quase-experimental com desenho antes e após intervenção, de grupo único (Fortin, 2009). O desenho quase-experimental difere do desenho experimental pela ausência de um grupo de pessoas de controlo e por uma seleção prévia, em vez de aleatória, do grupo de pessoas selecionadas para fazerem parte do estudo. É de grupo único, uma vez que o PRR foi aplicado a um só grupo de pessoas com recolha de dados, para algumas variáveis em estudo, com avaliação antes e após a aplicação do PRR. Este tipo de desenho pode representar-se simbolicamente, como em Fortin (2009), da seguinte forma:

$$O_1 \text{ X } O_2$$

onde  $O_1$  representa a observação e avaliação de uma pessoa num primeiro momento (antes),  $O_2$  representa a observação e avaliação da mesma pessoa num segundo momento (após) e o X corresponde à intervenção ou no nosso caso ao PRR.

## 2.4. Variáveis do Estudo

Na perspetiva de Fortin (2009) as variáveis são qualidades ou características das pessoas estudadas numa investigação às quais se podem atribuir diferentes valores numéricos. No nosso estudo, vamos utilizar três tipos de variáveis denominadas de: independente, dependente e de atributo.

Segundo Fortin (2009):

“A variável independente é a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o efeito na variável dependente (...) [é designada de] tratamento ou a intervenção (...) a variável dependente é a que sofre o efeito esperado da variável independente. (...) as variáveis de atributo são as características dos sujeitos em estudo.”

Neste estudo, definimos como variável independente o **Programa de Reabilitação Respiratória**, consideramos como variáveis dependentes: **o número de anos que fuma, o número de cigarros que fuma, a prática de atividade física, o grau de dispneia,**

**ansiedade, depressão, dependência de nicotina e motivação da pessoa para a cessação tabágica.**

As variáveis de atributo são: **idade, sexo, oximetria de pulso, presença de expetoração, dificuldade em expelir as secreções, conhecimento dos malefícios do tabaco e a existência de comorbilidades.**

## **2.5. Amostra e Contexto**

A amostra deste estudo foi obtida de um modo não probabilístico que, de acordo com Fortin (2009), consta de um procedimento de seleção mediante o qual cada elemento da população não possui a mesma probabilidade de ser escolhido para formar a amostra. Assim, a amostra é uma **amostra accidental**, pois citando Fortin (2009, p. 321), uma amostra accidental é constituída por pessoas que são facilmente alcançáveis e se encontram presentes “num local determinado e num preciso momento”.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- fumadores que tenham critérios de referenciação prioritária, com indicação médica, para a consulta de cessação tabágica;
- fumadores motivados para deixar de fumar, em fase de preparação (dispostos a deixar de fumar nos próximos 30 dias) ou de ação;
- fumadores com prévias tentativas falhadas de abandono do tabaco, mesmo com tratamento farmacológico adequado;
- fumadoras grávidas ou em fase de amamentação e mulheres em planeamento familiar que não respondam a abordagens do tipo intervenção breve;
- existência de comorbilidades importantes. São consideradas comorbilidades importantes: fatores de risco cardiovascular (híper tensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, dislipidemia), doença cardio ou cerebrovascular, patologia respiratória (DPOC, asma brônquica, infeções respiratórias recorrentes), pessoas com outros comportamentos aditivos (caféismo, álcool, drogas ilícitas, benzodiazepinas, jogo compulsivo) e patologia do foro psiquiátrico estabilizada (síndromes depressivos e/ou ansiosos);
- aceitar participar no estudo através do consentimento livre e esclarecido.

Consideramos como critérios de exclusão as pessoas que apresentassem alguma contraindicação para a participação no PRR, tais como:

- doença psiquiátrica ou disfunção cognitiva grave;
- comorbilidades instáveis, como a doença isquémica instável ou a insuficiência cardíaca descompensada;
- hipoxémia induzida pelo esforço refratário à administração de oxigénio;
- impossibilidade de praticar exercício, por exemplo, por doença reumatismal ou neurológica.

Após serem aplicados os critérios de inclusão e exclusão às pessoas a frequentar a consulta de cessação tabágica a amostra do estudo ficou constituída por 30 participantes.

O estudo desenvolveu-se num Hospital da Região Norte de Portugal. A escolha deste local prende-se pela inovação da criação da consulta de cessação tabágica, de forma a trazer contributos positivos para as pessoas fumadoras, e estas usufruírem de um enfermeiro com a especialidade em enfermagem de reabilitação. Desta forma, pretendemos dar novas aptidões às pessoas fumadoras assim como ganhos em saúde, associados à vontade da pessoa deixar de fumar.

## **2.6. Instrumentos**

Foi necessário recorrer a um conjunto diversificado de instrumentos, cuja seleção se apoiou no facto de parecerem os mais apropriados, tendo em conta os objetivos deste estudo de investigação.

Os instrumentos utilizados foram:

- Registos de atitudes terapêuticas e de intervenção da pessoa fumadora;
- Escala modificada de Borg;
- Escala de HADS
- Escala de Fagerström adaptada;
- Escala de Richmond.

O hospital onde decorreu o estudo, já utiliza um sistema informático de dados, denominado de SClínico hospitalar. No SClínico, os profissionais de saúde podem **atualizar e acrescentar** informação clínica, associada a cada atendimento que fazem dos seus utentes. Além disso, também já está implementado no SClínico um módulo do Programa de Tabagismo – Intervenção Breve, para o registo das intervenções realizadas nas consultas de cessação tabágica. Este módulo já contém duas das quatro escalas que utilizamos (**Escala de HADS e a Escala de Fagerström**). As restantes escalas foram monitorizadas nos registos de enfermagem (**Escala modificada de Borg e Escala de Richmond**).

No SClínico foram extraídos os dados referentes às pessoas fumadoras que frequentam a consulta de cessação tabágica para as variáveis em estudo: idade, sexo, as atitudes terapêuticas e intervenções de enfermagem relativas à oximetria de pulso, presença de expetoração, dificuldade em expelir as secreções, conhecimentos sobre os malefícios do tabaco, presença de comorbilidades, hábitos de praticar atividade física, número de cigarros que fuma por dia e as respostas das pessoas a cada uma das escalas.

Passamos a apresentar, mais detalhadamente, cada uma das quatro escalas:

#### **Escala modificada de Borg** (ver ANEXO I)

Recorremos à versão modificada da escala de Borg ou *Category-Ratio 10 scale*, construída por Gunnar Borg em 1981 e validada por Wilson e Jones em 1991. É uma escala vertical, quantificada de 0 a 10, onde o valor 0 representa “nenhuma falta de ar” até ao valor 10 que representa “falta de ar máxima”. Esta escala é utilizada para quantificar a dispneia e a sua aplicação é feita de forma direta. As pessoas foram orientadas para escolher uma única pontuação que reflita o seu grau de dispneia, antes e após a intervenção do PRR. A classificação da dispneia através deste instrumento é considerada uma medida fidedigna e válida do grau de esforço da pessoa.

#### **Escala de HADS** (ver ANEXO II)

Utilizamos a escala hospitalar de ansiedade e depressão HADS que foi desenvolvida por Zigmond e Snaith em 1983, e validada por Ribeiro [et al.] em 2007. A HADS é composta por 14 afirmações divididas em duas subescalas: a HADS-Ansiedade (HADS-A), com sete afirmações relacionadas com o diagnóstico do Transtorno de Ansiedade e a HADS-Depressão (HADS-D), com outras sete afirmações para o Transtorno Depressivo. A escala de resposta varia entre zero e três pontos (de ausente a muito frequente) com um score



máximo de 21 pontos por subescala. A escala classifica uma pessoa da seguinte forma: um valor entre 0 e 7 (sem sinais de perturbação), entre 8 e 10 (*boderline*) e entre 11 e 21 (com sinais de perturbação significativa). As pessoas responderem a esta escala antes e após a intervenção do PRR.

#### **Escala de Fagerström** (ver ANEXO III)

Esta escala avalia a dependência da nicotina. É utilizada mundialmente e foi criada por Fagerström em 1978. Em Portugal está validada, tanto linguisticamente como em termos psicométricos por Ferreira [et al.], (2009a,b). A escala consiste em seis perguntas de escolha simples e cada resposta tem uma pontuação associada. A pontuação entre 0 e 3 significa uma dependência baixa de nicotina, entre 4 e 6 uma dependência média, e entre 7 e 10 uma dependência alta. As pessoas responderem a esta escala antes e após intervenção do PRR.

#### **Escala de Richmond** (ver ANEXO IV)

Esta escala avalia a motivação para a cessação tabágica. Trata-se de uma escala internacional, tendo Richmond (1993) como autora da versão original, adaptado para a versão portuguesa por Balsa [et al.] em 2014. Esta escala é recomendada pela DGS (2019) para as consultas de cessação tabágica. Esta escala é constituída por quatro questões com uma pontuação associada e pode atingir um máximo de 10 pontos no total. O grau de motivação é baixo se tiver uma pontuação total entre 0 e 6 pontos; moderado se tiver entre 7 a 9 pontos; e elevado se tiver 10 pontos.

## **2.7. Procedimento de Recolha e Tratamento de Dados**

O primeiro contacto com as pessoas que poderiam fazer parte do nosso estudo foi na primeira consulta de cessação tabágica. Nessa primeira consulta, com uma duração de aproximadamente uma hora, foi explicado todo o processo, e de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e, da assinatura da Declaração de Consentimento (ver APÊNDICE I), fomos constituindo a nossa amostra.

As pessoas seleccionadas foram logo submetidas ao PRR, dando início na primeira consulta ao registo no SClínico, das variáveis de atributo e das variáveis dependentes, definidas em 2.4. A recolha dos dados foi realizada no período compreendido entre setembro de 2018 e junho de 2019 e contou com a participação de 30 pessoas (amostra).

O programa teve a nossa intervenção em duas consultas presenciais e uma terceira consulta de reforço, por telefone. O contacto telefónico é feito para reforçar a motivação da evicção tabágica (Dia D), as técnicas de reabilitação e o compromisso assumido por parte da pessoa. No caso de a pessoa faltar à consulta sem justificação é feito contacto telefónico, averiguando o motivo da falta e agendada nova consulta.

Os dados foram submetidos e analisados a um tratamento estatístico com o apoio do *software IBM SPSS Statistics*, versão 24.

Estudamos, numa primeira fase, a consistência interna das escalas utilizadas neste trabalho, isto é, estudamos a fiabilidade dos 4 instrumentos de medida. Como nos referem Maroco e Garcia-Marques (2006),

“A análise da consistência interna de uma medida psicológica é uma necessidade aceite na comunidade científica. Entre os diferentes métodos que nos fornecem estimativas do grau da consistência de uma medida salienta-se o índice de Cronbach (...).”

Recorremos assim ao cálculo da estimativa do índice  $\alpha$  (alfa) de Cronbach. O índice  $\alpha$  de Cronbach avalia a grandeza em que os itens de um instrumento estão correlacionados, consequentemente o seu valor varia entre zero e 1. Entende-se então que a consistência interna de uma escala, ou seja, a fiabilidade da escala é tanto maior quanto mais próximo de 1 estiver o valor da estimativa pontual de  $\alpha$ . Usualmente, valores de  $\alpha$  inferiores a 0,6 indicam uma fiabilidade inaceitável, entre 0,6 e 0,7 uma fiabilidade baixa, entre 0,7 e 0,8 uma fiabilidade razoável, entre 0,8 e 0,9 uma fiabilidade moderada a elevada, e por fim, valores de  $\alpha$  superiores a 0,9 indicam uma fiabilidade elevada. Além de calcularmos uma estimativa pontual para o índice  $\alpha$  de Cronbach, também calculamos e apresentamos a estimativa intervalar (intervalo de confiança a 95%) para  $\alpha$ , uma vez que nos dá uma maior informação da fiabilidade da escala e é recomendado por diversos autores (Maroco e Garcia-Marques, 2006). Na Tabela 2 apresentamos as estimativas, pontuais e intervalares, do  $\alpha$  de Cronbach para cada escala utilizada no nosso estudo de investigação.

Concluimos que para os nossos dados, a escala HADS (total, ansiedade e depressão) têm uma fiabilidade elevada ( $\alpha$  superior a 90%), ou seja, uma muito boa consistência interna. A escala de Fagerström apresenta uma fiabilidade razoável a moderada e a escala de Richmond apresenta uma fiabilidade moderada a elevada.

Tabela 2 – Estimativas pontuais e intervalares do  $\alpha$  de Cronbach.

Escala	Estimativa pontual para $\alpha$	Estimativa intervalar para $\alpha$
<b>HADS Total</b>		
Antes	0,965	]0,943 ; 0,981[
Após	0,977	]0,963 ; 0,987[
<b>HADS-A</b>		
Antes	0,937	]0,895 ; 0,966[
Após	0,961	]0,935 ; 0,979[
<b>HADS-D</b>		
Antes	0,935	]0,892 ; 0,965[
Após	0,954	]0,975 ; 0,929[
<b>Escala de Fagerström</b>		
Antes	0,760	]0,597 ; 0,872[
Após	0,888	]0,812 ; 0,940[
<b>Escala de Richmond</b>		
Antes	0,917	]0,855 ; 0,954[
Após	0,818	]0,682 ; 0,900[

A fiabilidade da escala HADS também foi testada por outros autores. Sousa e Pereira (2008) num dos seus estudos descrevem que a fiabilidade de HADS-total e HADS-A é de 0,87 e 0,81, moderada a elevada, respetivamente e a HADS-D é de 0,78, uma fiabilidade razoável.

No que se refere à fiabilidade da escala de Fagerström, Ferreira [et al.] (2009a), no estudo de validação linguística e psicométrica desta escala, mencionam que o valor  $\alpha$  de Cronbach é 0,660, valor baixo em relação ao valor padrão tradicional, mas superior aos valores encontrados pelos autores da escala e similar aos encontrados noutros estudos.

É de realçar que, apesar desta escala apresentar uma fiabilidade razoável a moderada também no nosso estudo, Santos [et al.] (2010), numa revisão da literatura em 49 artigos consultados, sobre quais os instrumentos para avaliar a dependência da nicotina, relatam que o mais utilizado e citado é a escala de Fagerström.

Segue-se numa segunda fase, a análise dos dados com recurso à estatística descritiva e à inferência estatística.

Para a análise estatística descritiva, apresentamos a informação recorrendo a tabelas de frequências absolutas e relativas, representações gráficas e algumas medidas de localização e escala, consideradas mais adequadas às variáveis em estudo.

Relativamente à análise inferencial e com base nas hipóteses de investigação formuladas, foi necessário verificar se as amostras de dados emparelhados (antes e após) seguiam uma

distribuição normal e se tinham variâncias homogêneas, utilizando o teste de Kolmogorov-Smirnov e o teste de Levene, respetivamente. No caso dos resultados dos testes à normalidade e homogeneidade não ser rejeitado, utilizamos o teste paramétrico *t* de *Student* para a igualdade dos valores médios de duas amostras e o teste de McNemar para a igualdade de frequências, de duas amostras emparelhadas. Caso contrário, é utilizado o teste de Wilcoxon para a igualdade dos valores médios de duas amostras emparelhadas. Utilizamos como nível de significância o valor de 5%. Quando o valor *p* do teste é inferior a 5%, rejeitamos a hipótese formulada.

## **2.8. Aspetos Éticos**

Um estudo de investigação implica uma responsabilidade pessoal e profissional de forma a assegurar que o estudo seja sólido quer eticamente, quer moralmente e que os direitos das pessoas sejam protegidos. Existem um conjunto de apreciações éticas alusivas ao consentimento informado, à confidencialidade, à obtenção dos dados e à utilização de escalas que foram tidas em consideração.

As pessoas que participaram no estudo foram informadas dos objetivos e da importância da investigação. Foi-lhes facultada a declaração de consentimento informado (ver APÊNDICE I), pois segundo Fortin (2009, p. 123) “(...) um consentimento para ser legal, deve ser obtido de forma livre e esclarecida”. Foi dado espaço ao participante para colocar dúvidas, tendo sido garantida a confidencialidade de todos os dados recolhidos. O participante foi também informado acerca do seu direito de recusa em participar no estudo, bem como a sua retirada a qualquer altura do mesmo, sem haver qualquer prejuízo ou alteração à assistência clínica de que é alvo.

Foi efetuado um pedido de autorização ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética para a Saúde, do Hospital da Região Norte onde decorreu o estudo de investigação e obtivemos um parecer favorável.

Asseguramos, ainda, que o Serviço de Informática do hospital, pseudoanonomizou toda a informação das pessoas, com a anonimização dos dados, tornando impossível qualquer pessoa ser identificável.

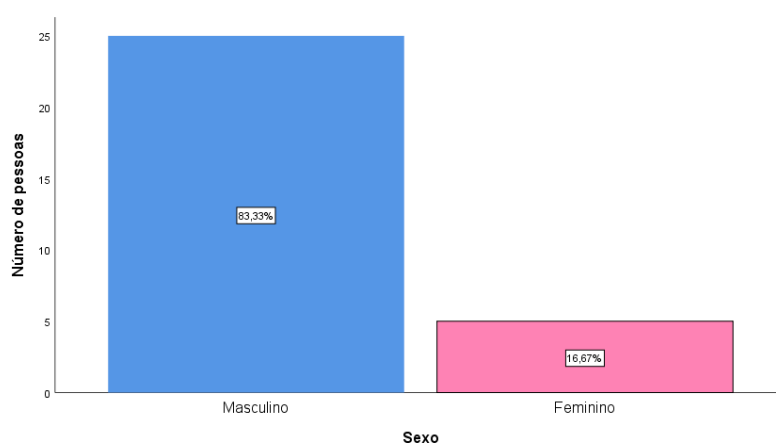
## **Capítulo 3. Fase Empírica**

Neste capítulo procedemos à apresentação, análise e discussão dos resultados do estudo, por forma a dar resposta aos objetivos e às hipóteses formuladas.

### 3.1. Apresentação e Análise dos Resultados

A amostra é constituída por 30 pessoas fumadoras, a maioria do sexo masculino ( $n_M = 25$ , 83,3%), como podemos ver no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Representação gráfica do número e percentagem de pessoas por sexo



Na Tabela 3 apresentamos algumas medidas descritivas relativas às variáveis: idade, n.º de anos que fuma, n.º de cigarros que fuma, antes e após intervenção e oximetria de pulso. A idade dos fumadores está compreendida entre os 18 e 77 anos, com uma idade média de  $54,6 \pm 13,3$  anos e uma mediana de 55 anos. Se compararmos a variável idade por sexo, concluímos que o sexo masculino apresenta uma idade média e mediana superior ao sexo feminino (55,8 vs 48,2 anos; 56 vs 51 anos, respetivamente). As pessoas do sexo masculino fumam há mais anos e verificamos uma diferença significativa no número médio de cigarros que fumam por dia, antes e após a intervenção (15,5 vs 7,4 cigarros), constatando-se uma diminuição do consumo para cerca de metade. Verificamos, ainda, que algumas pessoas, de ambos os sexos, conseguiram parar de fumar e que após a intervenção os valores mínimos para o n.º cigarros após a intervenção passou de 2 para 0, em ambos os sexos.

Tabela 3 - Medidas descritivas para as variáveis: idade, n.º de anos que fuma, n.º de cigarros que fuma, antes e após intervenção e saturação de oxigénio no sangue.

Variáveis → Medidas Descritivas	idade	n.º anos que fuma	n.º cigarros antes	n.º cigarros após	Saturação oxigénio (%)
<b>Média</b>					
Total	54,6	35,5	15,5	7,4	96,4
Masculino	55,8	37,6	16,2	7,8	95,9
Feminino	48,2	25,2	11,8	5,0	98,8
<b>Desvio padrão</b>					
Total	13,3	12,8	11,2	6,9	2,8
Masculino	12,4	12,6	11,3	6,9	2,8
Feminino	17,4	9,1	11,2	7,1	0,5
<b>Mediana</b>					
Total	55	35	15	6	97
Masculino	56	39	16	6	97
Feminino	51	30	6	0	99
<b>Mínimo</b>					
Total	18	2	2	0	88
Masculino	18	2	2	0	98
Feminino	31	15	2	0	88
<b>Máximo</b>					
Total	77	58	50	21	99
Masculino	77	58	50	21	99
Feminino	74	35	30	15	99

A saturação de oxigénio no sangue apresenta como valores de referência para uma pessoa saudável e com oxigenação adequada, valores acima de 95%, podendo ocorrer valores entre os 90 a 95% ainda, considerados normais. Já quando se verificam valores inferiores a 90% este pode significar que a oxigenação é deficiente e podemos estar perante uma hipoxia. Verificamos que na nossa amostra a saturação de oxigénio variou entre 88% e 99%, sendo que apenas uma pessoa do sexo feminino obteve 88% e pelo menos metade da amostra apresentou valores superiores ou iguais a 97% (mediana).

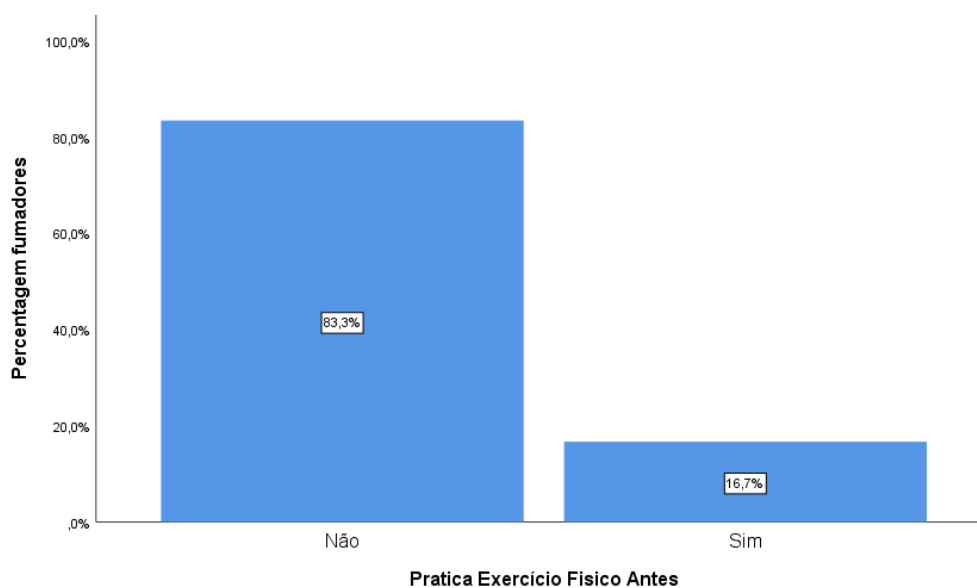
As restantes características clínicas são apresentadas na Tabela 4. A maioria dos fumadores tem **expetoração** (86,7%) e **difficuldade em expelir** (86,7%). Relativamente ao **conhecimento dos malefícios do tabaco**, 60% dos fumadores referiram não ter conhecimento. No que diz respeito à existência de **comorbilidades**, concluímos que a mais prevalente foi a existência de doenças respiratórias (DPOC, asma) para 67,9% dos fumadores, segue-se a depressão/ansiedade e o carcinoma para 14,3% dos fumadores, e finalmente o consumo de álcool para 10,7% dos fumadores.

Tabela 4 - Frequências absolutas e relativas das variáveis clínicas: expetoração, dificuldade em expelir, conhecimento dos malefícios do tabaco e comorbilidades.

Variáveis	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
<b>Expetoração</b>		
Sim	26	86,7
Não	4	13,3
<b>Dificuldade em expelir</b>		
Sim	26	86,7
Não	4	13,3
<b>Conhecimento malefícios</b>		
Sim	12	40,0
Não	18	60,0
<b>Comorbilidades</b>		
DPOC/asma/patologia respiratória	19	67,9
Depressão/Ansiedade	4	14,3
Carcinoma	4	14,3
Álcool	3	10,7

Apresentamos no Gráfico 2 e na Tabela 5, a percentagem de pessoas, que pratica ou não atividade física, antes e após a intervenção. Concluimos que antes da intervenção, apenas 5 pessoas (16,7%) relataram praticar atividade física e após a intervenção, esse número aumentou para 22 (73,3%).

Gráfico 2 - Percentagem de pessoas que pratica ou não atividade física, antes e após intervenção.





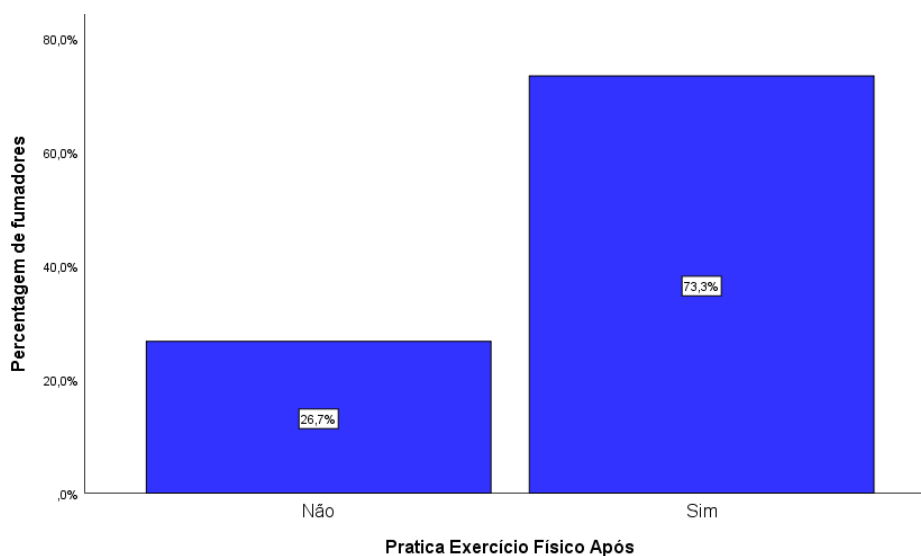


Tabela 5 - Número e percentagem de pessoas que pratica ou não atividade física, antes e após intervenção.

Pratica	Antes	Após
Sim	5 (16,7%)	22 (26,7)
Não	25 (83,3%)	8 (26,7%)
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>30</b>

O teste de McNemar revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas na frequência de pessoas que referiram praticar ou não atividade física ( $p < 0.001$ ), antes e após intervenção.

Tabela 6 - Número e percentagem de pessoas, por sexo, que pratica ou não atividade física, antes e após intervenção.

Sexo	Antes		Após	
	Sim	Não	Sim	Não
Feminino	2	3	5	0
Masculino	3	22	17	8
<b>Total</b>	<b>5 (16,7%)</b>	<b>25 (83,3%)</b>	<b>22 (73,3%)</b>	<b>8 (26,7%)</b>

Na Tabela 6 apresentamos o número e percentagem de pessoas, que pratica ou não atividade física antes e após intervenção e por **sexo**. Concluimos que as 25 pessoas que relataram não praticar atividade física antes da intervenção, 3 eram do sexo feminino e 22 do sexo masculino. Após a intervenção apenas 8 pessoas referiram ainda não terem começado a praticar atividade física e destas apenas foram pessoas do sexo masculino. O total de pessoas que mudaram o seu comportamento, após a intervenção do enfermeiro de

reabilitação na consulta de cessação tabágica, foi de 17 pessoas, o que corresponde a um aumento de 68%.

Passamos agora a analisar as diferentes escalas de medida que integram este estudo.

Da análise dos resultados obtidos e apresentados na Tabela 7, podemos verificar que o grau de dispneia diminuiu o seu valor médio de 5,3 para 4,0, apresentando diferenças altamente significativas, quando realizado o teste  $t$  ( $p < 0,001$ ).

Tabela 7 - Medidas descritivas para as escalas de medida e resultados do teste  $t$  para a diferença das médias (antes e após).

Escala →	Borg		HADS-A		HADS-D		Fagerström		Richmond	
Medidas Descritivas	Antes	Após	Antes	Após	Antes	Após	Antes	Após	Antes	Após
<b>Média</b>	5,3	4,0	9,6	7,9	8,3	6,8	5,4	3,4	7,8	8,4
<b>Desvio padrão</b>	2,5	2,6	6,4	6,4	5,9	5,9	2,8	3,4	2,4	2,4
<b>Mediana</b>	5,0	5,0	11,0	7,5	8,5	7,0	7,0	3,0	9,0	10,0
<b>Mínimo</b>	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2
<b>Máximo</b>	9	9	21	21	21	21	9	9	10	10
<b>Teste <math>t</math></b>	5,20		3,08		3,06		4,57		1,30	
<b>Valor <math>p</math></b>	< 0,001		0,004		0,005		< 0,001		<b>0,204</b>	

No que se refere à ansiedade e depressão, verificamos que os valores médios diminuíram de 9,6 para 7,9 e de 8,3 para 6,8, respetivamente, e que foram também encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,004$  e  $p=0,005$ ).

Relativamente à dependência da nicotina, avaliada pela escala de Fagerström, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ), entre o momento antes e após a intervenção, tendo os valores médios diminuído de 5,4 para 3,4, respetivamente.

Apenas, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação à motivação para deixar de fumar, que foi avaliada através da Escala de Richmond ( $p = 0,204$ ). Embora se tenha verificado um aumento no número de participantes com motivação para deixar de fumar.

Fazemos agora um estudo mais detalhado, para cada uma das escalas e comparamos com os valores totais.

Na Tabela 8 apresentamos as frequências absolutas (Fa) e relativas (Fr), para as respostas das afirmações que compõem a escala de **ansiedade**, avaliada através da HADS, antes e após a intervenção. Neste caso a pontuação 3 traduz maior ansiedade. A preocupação do enfermeiro de reabilitação visa ajudar a pessoa a arranjar estratégias de redução da ansiedade.

Tabela 8 - Frequências absolutas e relativas para as respostas das afirmações da escala de HADS- Ansiedade.

HADS- Ansiedade	Antes		Após	
Afirmação/Cotação/Resposta	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)
<b>Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:</b>				
3. Quase sempre	10	33,3	6	20,0
2. Muitas vezes	8	26,7	9	30,0
1. Por vezes	8	26,7	9	30,0
0. Nunca	4	13,3	6	20,0
<b>Tenho uma sensação de medo como se algo terrível estivesse para acontecer:</b>				
3. Sim, e muito forte	6	20,0	5	16,7
2. Sim, mas não muito forte	6	20,0	4	13,3
1. Um pouco, mas não me aflige	7	23,3	9	30,0
0. De modo algum	11	36,7	12	40,0
<b>Tenho a cabeça cheia de preocupações:</b>				
3. A maior parte do tempo	7	23,3	6	20,0
2. Muitas vezes	11	36,7	5	16,7
1. Por vezes	5	16,7	9	30,0
0. Nunca	7	23,3	10	33,3
<b>Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:</b>				
0. Quase sempre	8	26,7	12	40,0
1. Muitas vezes	7	23,3	6	20,0
2. Por vezes	10	33,3	8	26,7
3. Nunca	5	16,7	4	13,3
<b>Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:</b>				
0. Nunca	9	30,0	12	40,0
1. Por vezes	11	36,7	10	33,3
2. Muitas vezes	7	23,3	5	16,7
3. Quase sempre	3	10,0	3	10,0
<b>Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:</b>				
3. Muito	5	16,7	4	13,3
2. Bastante	6	20,0	6	20,0
1. Não muito	12	40,0	10	33,3
0. Nada	7	23,3	10	33,3
<b>De repente tenho sensações de pânico:</b>				
3. Muitas vezes	5	16,7	4	13,3
2. Bastantes vezes	5	16,7	2	6,7
1. Por vezes	10	33,3	10	33,3
0. Nunca	10	33,3	14	46,7

É de realçar que antes da intervenção a maioria das pessoas 33,3 % ( $n = 10$ ) referiram “**sinto-me tenso/a ou nervoso/a**” quase sempre e após a intervenção verificamos uma redução para 20% ( $n = 6$ ). Na resposta para muitas vezes “**tenho a cabeça cheia de preocupações**” situaram-se 36,7% ( $n = 11$ ) das pessoas antes da intervenção, mas após a intervenção, esta percentagem diminuiu para 16,7% ( $n = 5$ ). No que se refere ao muitas vezes “**sou capaz de estar descontraído sentado/a e sentir-me relaxado/a**”, antes da intervenção só 26,7 % ( $n = 8$ ) responderam afirmativamente, mas após a intervenção o total de respostas passou para 40% ( $n = 12$ ).

Como já referimos, o valor médio total da escala diminuiu de 9,63 para 7,93, após a intervenção, traduzindo uma alteração no estado de ansiedade das pessoas, do limite máximo do score *borderline* para o limite mínimo deste *score*, o que traduz uma evolução positiva na diminuição dos níveis de ansiedade nas pessoas deste estudo.

Na Tabela 9 apresentamos as frequências absolutas (Fa) e relativas (Fr), para as respostas das afirmações que compõem a escala de **depressão**, avaliadas através da HADS, antes e após a intervenção.

Neste caso, a pontuação 3 traduz, por parte da pessoa, maior perturbação no estado de depressão. A preocupação da atuação do enfermeiro de reabilitação visa ajudar a pessoa a relatar o seu estado emocional para poder intervir na origem das motivações para fumar.

Da análise dos resultados obtidos, podemos concluir que a maioria das pessoas 33,3% ( $n = 10$ ), antes intervenção, diz “**sinto prazer nas coisas de que costumava gostar**” tanto quanto antes, existindo um ligeiro aumento na pontuação não tanto como agora, vinda da pontuação 2 e 3, no antes e após intervenção. Mas no que se refere a sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas, antes da intervenção, 36,7% ( $n = 11$ ) respondeu muito menos agora, e após a intervenção, a maioria, 40%, respondeu tanto como antes.

No que se refere a sinto-me animado/a, a maioria respondeu poucas vezes, 36,7% ( $n = 11$ ), e após a intervenção, melhorando o nível da resposta, 40% ( $n = 12$ ) responderam quase sempre. No que se refere a sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar, podemos verificar que a maioria respondeu nunca, 40% ( $n = 12$ ), antes da intervenção (40%) e após as respostas passaram para 50% ( $n = 15$ ), verificando um aumento de 10% na melhoria da mesma.

Tabela 9 - Frequências absolutas e relativas para as respostas das afirmações da escala de HADS-Depressão.

HADS- Depressão	Antes		Após	
Afirmação/Cotação/Resposta	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)
<b>Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:</b>				
0. Tanto quanto antes	10	33,3	10	33,3
1. Não tanto como agora	7	23,3	11	36,7
2. Só um pouco	8	26,7	7	23,3
3. Quase nada	5	16,7	2	6,7
<b>Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:</b>				
0. Tanto como antes	11	33,7	12	40,0
1. Não tanto como antes	5	16,6	8	26,7
2. Muito menos agora	11	36,7	7	23,3
3. Nunca	3	10,0	3	10,0
<b>Sinto-me animado/a:</b>				
3. Nunca	3	10,0	2	6,7
2. Poucas vezes	11	36,7	7	23,3
1. De vez em quando	7	23,3	9	30,0
0. Quase sempre	9	30,0	12	40,0
<b>Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:</b>				
3. Quase sempre	1	3,3	1	3,3
2. Muitas vezes	9	30,0	8	26,7
1. Por vezes	8	26,7	6	20,0
0. Nunca	12	40,0	15	50,0
<b>Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:</b>				
3. Completamente	3	10,0	2	6,7
2. Não dou atenção que devia	5	16,7	4	13,3
1. Talvez cuide menos que antes	13	43,3	11	36,7
0. Tenho o mesmo interesse de sempre	9	30,0	13	43,3
<b>Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:</b>				
0. Tanto quanto antes	8	26,7	10	33,3
1. Não tanto como antes	9	30,0	9	30,0
2. Bastante menos agora	10	33,3	10	33,3
3. Quase nunca	3	10,0	1	3,3
<b>Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:</b>				
0. Muitas vezes	8	26,7	12	40,0
1. De vez em quando	11	36,7	10	33,3
2. Poucas vezes	8	26,7	4	13,3
3. Quase Nunca	3	10,0	4	13,3

Relativamente a **perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico**, a maioria antes da intervenção menciona que **talvez cuide menos do que antes**, 43,3% ( $n = 13$ ) e após a intervenção, melhorando o total de respostas, 43,3% ( $n = 13$ ) responderam **tenho o mesmo interesse de sempre**. A pessoa ao responder a, **sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão**, destacamos que a maioria refere **de vez em quando**, 36,7% ( $n = 11$ ), e após a intervenção, 40% ( $n = 12$ ) das pessoas refere que o faz **muitas vezes**.

Os valores médios totais da escala diminuíram de 8,3 para 6,8 após a intervenção, verificando uma alteração no estado de depressão das pessoas, do *score borderline* para um *score* inferior, traduzindo assim uma evolução positiva na diminuição dos níveis de depressão nas pessoas deste estudo.

A Tabela 10 apresenta as frequências absolutas e relativas para as respostas das perguntas da escala de Fagerström, antes e após intervenção.

Observamos que antes da intervenção, as pessoas quando questionadas sobre quanto **tempo depois de acordar fumavam o seu primeiro cigarro**, a maioria delas, 33,3% ( $n = 10$ ), respondem **6 a 30 minutos**, enquanto que após intervenção a maioria, 46,7% ( $n = 14$ ), referem **mais do que 61 minutos**.

Em ambas as avaliações, a maioria das pessoas referiu sentir dificuldades na contenção do uso de tabaco em **locais onde é proibido fumar**, 83,3% ( $n = 25$ ), antes da intervenção e 56,7% ( $n = 17$ ) após intervenção.

Tabela 10 - Frequências absolutas e relativas para as respostas das perguntas da escala de Fagerström.

Fagerström Pergunta/Cotação/Resposta	Antes		Após	
	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)
<b>Quanto tempo depois de acordar fuma o seu primeiro cigarro?</b>				
3. Nos primeiros 5 minutos	9	30,0	6	20,0
2. 6 a 30 minutos	10	33,3	7	23,3
1. 31 a 60 minutos	6	20,0	3	10,0
0. Após os 60 minutos	5	16,7	14	46,7
<b>Custa-lhe não fumar em locais onde é proibido?</b>				
1. Sim	25	83,3	17	56,7
0. Não	5	16,7	13	43,3
<b>Qual o cigarro que seria mais difícil para si deixar de fumar?</b>				
1. O primeiro da manhã	18	60,0	11	36,7
0. Qualquer outro	12	40,0	19	63,3
<b>Quantos cigarros fuma por dia?</b>				
0. 10 ou menos	13	43,3	20	66,7
1. 11 a 20	9	30,0	7	23,3
2. 21 a 30	6	20,0	3	10,0
3. 31 ou mais	2	6,7	0	0,0
<b>Fuma mais nas primeiras horas depois de acordar, ou no resto do dia?</b>				
1. Nas primeiras horas	20	66,7	13	43,3
0. No resto do dia	10	33,3	17	56,7
<b>Se estiver muito doente, de cama fuma ou não?</b>				
1. Sim	20	66,7	12	40,0
0. Não	10	33,3	18	60,0

Antes da intervenção, 60,0% ( $n = 18$ ) das pessoas referem ter mais dificuldade em não fumar **o primeiro cigarro da manhã**, e após a intervenção, 63,3% ( $n = 19$ ), indicam ter mais dificuldade em não fumar **qualquer outro cigarro**.

Relativamente ao **número de cigarros fuma por dia**, em ambas as avaliações, a maioria das pessoas respondeu **10 ou menos** ( $n = 13$ , 43,3%) antes da intervenção e ( $n = 20$ ) 66,7%, após a intervenção. Relativamente a esta pergunta verificamos uma evolução positiva, pois existe um aumento do número de pessoas que referem fumar 10 ou menos cigarros por dia.

Quando questionados sobre se fumavam mais frequentemente **nas primeiras horas depois de acordar, ou no resto do dia**, antes da intervenção a maioria dos participantes respondeu afirmativamente ( $n = 20$ , 66,7%), e após a intervenção a maioria respondeu negativamente ( $n = 17$ , 56,7%). Por fim, antes da intervenção 66,7% ( $n = 20$ ) das pessoas referem fumar quando **doentes e acamados**, e após a intervenção, 60,0% ( $n = 18$ ) das pessoas responderam negativamente.

Como já vimos anteriormente, a média total da escala de dependência de nicotina, diminuiu de 5,43 (dependência média de nicotina) para 3,40 (dependência baixa de nicotina), traduzindo uma evolução muito positiva na dependência de nicotina nas pessoas que integram o estudo.

A Tabela 11 apresenta as frequências absolutas e relativas para as respostas das perguntas da escala de Richmond, antes e após a intervenção.

Observamos que antes da intervenção, todas as pessoas referem que **gostava de deixar de fumar se fosse fácil** ( $n = 30$ , 100,0%), e após a intervenção, apenas 1 pessoa (3,3%) responde negativamente.

Relativamente ao **interesse em deixar de fumar**, a maioria das pessoas, antes da intervenção 53,3% ( $n = 16$ ), classificaram esse interesse como **absoluto**, sendo que após a intervenção, aumenta para 70% ( $n = 21$ ).

Quando questionados sobre se vão “**tentar deixar de fumar nas próximas 2 semanas a 1 mês**”, a maioria responde **definitivamente sim**, 40% ( $n = 10$ ), antes da intervenção, aumentando significativamente para 60% ( $n = 18$ ), após intervenção.

Tabela 11 - Frequências absolutas e relativas para as respostas das perguntas da escala de Richmond.

Richmond		Antes		Após	
Pergunta/Cotação/Resposta		Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)
<b>Gostava de deixar de fumar se fosse fácil?</b>					
1. Sim		30	100,0	29	96,7
0. Não		0	--	1	3,3
<b>Qual o seu interesse em deixar de fumar?</b>					
0. Nenhum		0	--	1	3,3
1. Algun		4	13,3	2	6,7
2. Muito		10	33,3	6	20,0
3. Absoluto		16	53,3	21	70,0
<b>Vai tentar deixar de fumar nas próximas 2 semanas a 1 mês?</b>					
0. Definitivamente não		4	13,3	5	16,7
1. Talvez não		4	13,3	2	6,7
2. Talvez sim		10	33,3	5	16,7
3. Definitivamente sim		12	40,0	18	60,0
<b>Pretende deixar de fumar nos próximos 6 meses?</b>					
0. Definitivamente não		1	3,3	0	--
1. Talvez não		2	6,7	1	3,3
2. Talvez sim		10	33,3	7	23,3
3. Definitivamente sim		17	56,7	22	73,3

Por fim, perante a questão **pretende deixar de fumar nos próximos 6 meses**, a maioria das pessoas, 56,7% ( $n = 17$ ), respondeu **definitivamente sim** antes da intervenção aumentando para 73,3% ( $n = 22$ ), após a intervenção.

A média total da motivação, aumentou de 7,8 para 8,4, o que traduz também um aumento da motivação das pessoas no nosso estudo para abandonar o uso do tabaco.

### 3.2. Discussão dos Resultados

O principal objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos de um programa de intervenção em enfermagem de reabilitação respiratória, em pessoas fumadoras, a frequentar uma consulta de cessação tabágica.

Iniciamos por analisar as variáveis de atributo e clínicas e no que se refere ao género os resultados são congruentes com Rosendo [et al.] (2009) quando mencionam que são os homens quem fazem mais tentativas de cessação tabágica. E ainda a reforçar a mesma ideia, Leite [et al.] (2017), ao traçar o perfil do fumador português, estimaram a maior prevalência de fumadores nos homens.



Observamos que a maioria das pessoas fumadoras do estudo, tinham idades compreendidas entre os 18 e os 77 anos. De facto, os estudos referem que a maioria dos fumadores se iniciam durante a adolescência e Leite [et al.] (2017) salientam que a prevalência de fumadores (diários e ocasionais) mais elevados ocorre no grupo etário dos 35 aos 44 anos. Também, Rosendo [et al.] (2009) mencionam que a maioria dos estudos verificaram que, quanto maior for a idade do fumador, maior a probabilidade de tentar deixar de fumar.

Se compararmos a variável idade por sexo, concluímos que o sexo masculino apresenta uma idade média e mediana superior ao sexo feminino (55,8 vs 48,2 anos; 56 vs 51 anos, respetivamente). Estes resultados vão de encontro ao estudo de Balsa (2014), que menciona haver uma maior prevalência no consumo masculino no total da população geral, no entanto, ressalva que nos jovens adultos de 25 a 34 anos essas diferenças não existem, apresentando ambos os sexos valores muito idênticos.

As pessoas da nossa amostra fumavam em média há aproximadamente 36 anos, tendo alguns iniciado há 58 anos. Estes resultados são coerentes com estudos anteriores, nomeadamente Leite [et al.], (2017) quando referem que o início do consumo ocorre sobretudo durante a adolescência.

Relativamente às características clínicas, a saturação de oxigénio variou entre 88% e 99%, sendo que pelo menos metade da amostra apresentou valores superiores ou iguais a 97%. Isto deve-se ao facto de, segundo Billerbeck (2019), quando uma pessoa fuma, inala monóxido de carbono que assume o lugar do oxigénio no sangue. Cordeiro e Menoita (2012) referem que quando a pessoa tem saturação de oxigénio abaixo de 89% com ar ambiente e em repouso, está recomendado oxigénio suplementar. A oxigenoterapia de curta duração refere-se ao uso de oxigénio por curtos períodos, com o objetivo de alívio sintomático da dispneia. O objetivo do oxigénio suplementar é conseguir uma saturação de oxigénio de, pelo menos 90%, sendo que a oxigenoterapia não trata a causa implícita da hipoxemia, mas leva à diminuição da sobrecarga cardiopulmonar, melhora a mecânica pulmonar e a capacidade de exercício, consentindo ao doente respirar com maior facilidade (Hoeman, 1996). Para controlar este sintoma, o enfermeiro especialista de reabilitação pelas suas competências, tem um papel fundamental para informar, ensinar, instruir e treinar medidas não farmacológicas, através da reabilitação respiratória, como complemento ou alternativa ao tratamento farmacológico. O PRR tem como objetivos melhorar a oxigenação e trocas gasosas, diminuir o trabalho respiratório, prevenir e corrigir

defeitos ventilatórios e melhorar a performance dos músculos respiratórios (Cordeiro e Menoita, 2012). O enfermeiro de reabilitação tem um papel fundamental na prevenção, no tratamento e na reabilitação à pessoa com alterações respiratórias.

A maioria das pessoas no estudo apresentou expectoração (86,7%) e dificuldade em expelir as secreções (86,7%). Estes resultados podem ser explicados pelas alterações que o tabaco provoca a nível pulmonar e tal como referem Silva [et al.], (2016), o tabagismo provoca alterações dos cílios da mucosa traqueo-brônquica e aumenta a produção de secreções, levando ao estreitamento das vias aéreas e aumentando a probabilidade de infeção das vias aéreas. Em congruência, também está o estudo de Proença [et al.] (2012) quando demonstraram que a eficiência do transporte mucociliar está prejudicada em fumadores quando comparada com não fumadores. Assim, a tosse tem um papel importante como mecanismo de limpeza das vias aéreas e, o ensino da tosse é uma componente essencial de um PRR, para evitar agudizações de patologias respiratórias cujo principal sintoma é a dispneia (Cordeiro e Menoita, 2012).

No que concerne aos conhecimentos dos malefícios do tabaco, 60% da amostra referiu não ter conhecimentos dos mesmos, o que não coincide com o estudo de Oliveira [et al.] (2019), onde os fumadores na sua maioria mencionaram ter a perceção e reconheciam que o tabaco é nocivo para a sua saúde. Mas, segundo Balsa (2018), o motivo principal que levaram os portugueses a deixar de fumar foi a consciencialização dos riscos associados ao tabagismo. Importa assim salientar a importância do papel do Enfermeiro de Reabilitação integrado numa consulta de cessação tabágica, no sentido de intervir na educação da pessoa, de forma a que este compreenda os malefícios do tabaco e o seu impacto na qualidade de vida, tendo sempre presente que a abordagem deve ter em conta o nível de literacia das pessoas, pois como referem Santos [et al.] (2019), quanto maior o nível de conhecimentos das pessoas fumadoras maior será a influencia positiva para a cessação tabágica. Consideramos que a informação e educação da pessoa fumadora deve ser parte integrante do programa de cuidados de enfermagem de reabilitação.

No que diz respeito à existência de comorbilidades, observa-se que a mais prevalente foi a existência de doenças respiratórias, tais como DPOC e asma (67,9%) o que é congruente com o estudo de Sales [et al.] (2019) onde estes reconhecem que o tabagismo é o maior responsável pelas doenças respiratórias. Cordeiro e Menoita (2012) referem que as pessoas com patologia respiratória crónica beneficiam com um programa de treino de exercício,

melhorando quer a tolerabilidade ao exercício quer os sintomas da dispneia e fadiga (Evidência A). O papel do enfermeiro de reabilitação mais uma vez é pertinente no que respeita à atuação na área da prevenção de complicações na patologia respiratória e evitar assim a incapacidade ou minimizando as mesmas, gerando ganhos em saúde (OE, 2018).

Constatamos que 14,3% das pessoas apresentaram como antecedentes patológicos depressão, ansiedade e carcinoma, estes resultados estão em concordância com o que refere Afonso e Pereira (2017), quando mencionam que a ansiedade e depressão são muito frequentes nas pessoas fumadoras. Também, a DGS (2017a, p. 1) refere que:

“(...) o consumo de tabaco é responsável por (...) 90% dos cancros de pulmão, 85% por doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema), 30% de outros tipos de cancro (neoplasias da boca, faringe, laringe, esófago, estomago, pâncreas, rim, bexiga, colo do útero, mama).”

Após a discussão dos resultados das variáveis de atributo e clínicas, iremos discutir as hipóteses do estudo, analisando a sua confirmação ou rejeição, pela ordem em que foram nomeadas.

### **Hipótese 1 (H1) – O PRR aumenta a prática de atividade física, na pessoa fumadora, na consulta de cessação tabágica**

Esta hipótese foi confirmada, tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,001$ ). Verificamos uma mudança de comportamento nos hábitos de exercício físico em 17 pessoas após PRR.

Antes da intervenção, apenas 16,7% das pessoas relataram praticar atividade física, estando este resultado coerente com o que refere Honorato [et al.] (2019), pois apesar dos reconhecidos benefícios da atividade física para a saúde pública, uma percentagem significativa da população é sedentária ou insuficientemente ativa. Após a intervenção esta percentagem aumentou para 73,3%, estando estes resultados coerentes com os encontrados por Santana [et al.] (2010), que no seu estudo verificou que após um PRR em pessoas fumadoras, constatou que a capacidade de atividade física evoluiu positivamente, pois a distância em caminhadas era de 427 metros antes da intervenção e aumentou para 503 metros após o programa.

Compete ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação conceber e implementar um programa de reabilitação funcional cardiorespiratório e motor e, monitorizar esse plano, baseado nos problemas reais e potenciais das pessoas fumadoras. Almeida (2019) menciona que a atividade física é uma das bases dos programas de reabilitação, sendo a melhor estratégia disponível para melhorar a força e a função muscular, a dispneia e a tolerância ao esforço. Também, Proença [et al.] (2012) mostraram a importância da atividade física na função mucociliar, associada ao aumento dos níveis de mediadores adrenérgicos, que estimulam a frequência do batimento ciliar e assim, a higiene brônquica. Já o autor Billerbeck (2019) na relação entre a adoção da prática regular de atividades física e a cessação do tabagismo descreveu claramente os benefícios da atividade física, reforçando que, no sistema nervoso autónomo e nas funções cerebrais, funciona como um sistema de recompensa cerebral, trocando os estímulos de prazer libertados pela ação da nicotina pelo mesmo estímulo libertado pela atividade física com a libertação de serotonina, e com isto promover a cessação tabágica.

### **Hipótese 2 (H2) – O PRR influencia o número de cigarros na pessoa fumadora, na consulta de cessação tabágica.**

No que se refere ao consumo de cigarros, esperávamos que o programa de enfermagem de reabilitação diminuísse o seu consumo, na pessoa fumadora da consulta de cessação tabágica. Esta hipótese foi confirmada, uma vez que verificamos existir diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,001$ ), com uma diminuição deste consumo para cerca de metade. Este resultado é coerente com um estudo, efetuado por Paone [et al.] (2008), em que os resultados provaram a eficácia do programa de reabilitação na cessação do tabagismo, demonstrando que após 1 ano da intervenção, 69 pessoas (68%) em detrimento de 32 (32,3%) do grupo controlo, conseguiram parar de fumar. Também, Santana [et al.] (2010) demonstraram que o programa de reabilitação respiratória pode associar-se à redução significativa no número de cigarros consumidos/dia, sendo 20 versus 7 após RP ( $p<0,001$ ).

Atendendo a que os participantes do nosso estudo fumavam em média há 35,5 anos, os resultados obtidos parecem estar em concordância com os obtidos por Rosendo [et al.] (2009), que referem que nas pessoas mais velhas, por serem grandes fumadores, em vez de deixarem de fumar, reduzem apenas o consumo.

No nosso estudo, o número médio de cigarros que as pessoas fumam por dia, antes da intervenção era de 15,5, são superiores aos relatados por Balsa (2014), quando menciona que o consumo de tabaco diário da população tem uma média de 13 cigarros/ dia.

Podemos analisar, que algumas pessoas, de ambos os sexos, conseguiram parar de fumar, após a intervenção (os valores mínimos para o n.º cigarros após a intervenção passou de 2 para 0, em ambos os sexos). Realçamos o facto de nesta consulta, ter sido dada ênfase à informação sobre as consequências do consumo de tabaco e sobre este ser responsável por doenças incapacitantes e fatais, atendendo a que 86,8% ( $n=26$ ) dos participantes, reportaram sintomas associados ao consumo tabágico (expectoração e dificuldade em expelir as secreções). Consideramos que o papel de educador, do enfermeiro de reabilitação, é fundamental nestas situações e tal como referem Afonso e Pereira (2017) contribuiu para a formação de atitudes mais positivas sobre a cessação tabágica.

### **Hipótese 3 (H3) – O PRR diminui o grau de dispneia, na pessoa fumadora, na consulta de cessação tabágica.**

Esta hipótese foi confirmada, tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,001$ ).

Este resultado vem demonstrar a importância da intervenção na área da reeducação funcional respiratória, de forma a dar resposta à dispneia existente, tendo sido encontrado um valor médio de 5,3 antes da intervenção e tendo este reduzido para 4,0 após intervenção. Tais resultados são congruentes com os encontrados por Santana [et al.] (2010) que evidenciou que, após um PRR, houve um impacto positivo na avaliação do grau de dispneia das pessoas fumadoras, em que antes do PRR as pessoas fumadoras tinham uma média de dispneia de 3 e após a intervenção reduziram para 2,5. Num estudo descritivo de Campos [et al.] (2015), no Chile, com 54 pessoas com DPOC, todos com antecedentes de hábitos de tabagismo, o PRR teve também impacto no controlo da dispneia, onde tiveram uma melhoria de 75% nesta variável.

Realçamos que a dispneia é um sintoma com grande impacto, associado à mortalidade, morbilidade e elevada limitação nas atividades físicas e sociais, e foi uma queixa comum referida pelos fumadores, do nosso estudo. Assim, o enfermeiro de reabilitação tem um papel preponderante, na reabilitação respiratória beneficiando positivamente todas as

peessoas que tem o seu dia-a-dia afetado pela dispneia (Pamplona e Moraes, 2007), sem nunca esquecer, tal como mencionam Pamplona e Mendes (2009), que a cessação tabágica é a melhor forma de melhorar este sintoma.

**Hipótese 4 (H4) – O PRR influencia a ansiedade e depressão na pessoa fumadora, na consulta de cessação tabágica.**

Esta hipótese foi confirmada, quer no que se refere à dimensão da ansiedade quer na dimensão depressão ( $p=0,004$  e  $p=0,005$ , respetivamente).

As pessoas do estudo apresentaram níveis de ansiedade de 9,6 antes da intervenção, com redução para 7,9, com a implementação do programa de reabilitação. Neste estudo a estratégia de atuação do programa de reabilitação para atuar neste indicador, nas pessoas fumadoras, baseou-se na implementação de atividade física bem como no suporte psicológico, para reduzir a ansiedade no processo de cessação tabágica. Tal como referiu Honorato [et al.] (2019) uma revisão da literatura, demonstrou que o impacto da atividade física como estratégia no processo de reabilitação psicossocial de dependentes químicos, é fundamental para refazer uma boa ligação entre o corpo e a mente. A atividade física tem relação direta com o aumento da autoestima, da sensação de prazer e de melhoria do humor. A pessoa entra em contacto com hábitos saudáveis, melhora as suas habilidades psicológicas e físicas. Smits [et al.] (2016) também perceberam que a prática de exercício ajudou na cessação tabágica em adultos com altos níveis de ansiedade e utilizou o exercício físico como tática terapêutica para o grupo de fumadores com transtornos e sintomas de ansiedade.

No que se refere à presença de depressão, foram encontrados valores médios de 8,3 antes da intervenção e verificamos uma diminuição para 6,8 após a intervenção. Este resultado é coerente com o estudo de Lawrence [et al.] (2009) in Smith [et al.] (2014) quando mencionam que a prevalência do tabagismo em indivíduos com depressão clínica é aproximadamente duas vezes mais alta do que a população geral. Tal como refere Santos (2012, p. 358) “tal como um atleta necessita de boa condição física antes de uma prova, o fumador precisa de boa condição emocional (que abarca, naturalmente, a condição motivacional) para ser bem-sucedido.”

Neste estudo, junto da pessoa e família no PRR, recorremos a técnicas de: gestão do stress, com exercícios de relaxamento, a aplicar quando se sentisse mais ansioso por falta da nicotina; a estratégias de repouso, de leitura, de ouvir música e à promoção de humor saudável.

**Hipótese 5 (H5) – O PRR influencia a dependência de nicotina na pessoa fumadora, na consulta de cessação tabágica.**

Em relação à dependência da nicotina a hipótese foi também confirmada ( $p=0,001$ ). Sabendo que a Escala de Fagerström avalia a dependência da nicotina, com um teste em que tendo uma cotação entre 0-3 tem uma dependência baixa, 4-6 dependência média, 7-10 dependência alta, as pessoas do estudo na fase antes da intervenção apresentavam níveis médios de dependência de 5,4, correspondendo a dependência média e após intervenção o valor médio foi de 3,4, o que significa dependência baixa. Este resultado é coerente com os estudos de Santana [et al.] (2010) que mostraram que estes programas podem associar-se à redução significativa no grau de dependência da nicotina. Moretto e Kerkhoff (2018) realizaram um programa de reabilitação pulmonar a 4 pessoas fumadoras com nível leve a moderado de dependência de nicotina e após o PRR, as pessoas conseguiram deixar de fumar. Consta neste PRR um plano de atividade física ao qual Costa (2016) relata que pode funcionar de forma positiva na desabituação da nicotina, mas também na redução da probabilidade de recaídas. Destacamos Squassoni [et al.] (2011) onde os autores referem que, o efeito da atividade física em fumadores induz a uma diminuição na ânsia de fumar. Também, constatamos que no momento antes da intervenção, quando questionados sobre quanto tempo depois de acordar fumavam o seu primeiro cigarro, a maioria dos participantes ( $n=10$ , 33,3%) respondeu 6 a 30 minutos, em confronto com o estudo de Santos [et al.] (2010), que diz que os fumadores pesados que habitualmente fumam o primeiro cigarro antes de 30 minutos após acordar, têm a perceção de maior dependência, maior dificuldade de abandonar o vício e pouca autoconfiança. No nosso estudo após a intervenção a maioria ( $n=14$ , 46,7%) referiram que demoravam mais do que 61 minutos a fumar o seu primeiro cigarro depois de acordar, significando este facto que conseguiram reduzir o grau de dependência de nicotina após o PRR.

É importante salvaguardar que, na dependência elevada da nicotina, o fumador carece de um apoio estruturado e personalizado para a cessação tabágica, onde possa beneficiar da prescrição de terapêutica adequada para o controlo da sintomatologia de abstinência,

aumentando a probabilidade de sucesso em tentativas para deixar de fumar, o que neste estudo se aplicou, dado que, a consulta inclui um pneumologista.

Antes da intervenção 66,7% ( $n = 20$ ) dos participantes referiram fumar quando doentes e acamados, e após a intervenção 60,0% ( $n = 18$ ) dos participantes responderam negativamente. Este facto é relevante, demonstrando o papel do enfermeiro de reabilitação em reforçar os efeitos do tabaco no agravamento dos sintomas respiratórios e a importância de realçar este momento de excelente oportunidade para aconselhar à cessação. Este facto, é reforçado no estudo de Jesus (2010) que aborda o controlo do tabagismo durante o internamento, como o momento em que os fumadores estão abstinentes e assim mais receptivos à cessação.

#### **Hipótese 6 (H6) – O PRR influencia a motivação na pessoa fumadora, na consulta de cessação tabágica.**

Esta hipótese não foi confirmada, não tendo sido encontradas diferenças significativas entre as duas avaliações ( $p = 0,204$ ).

De acordo com os pontos de corte da escala, constatamos que no momento antes da intervenção, as pessoas situavam-se no nível moderado (7,80) e que após a intervenção se verificou um discreto aumento para 8,4, mantendo-se a motivação num nível moderado.

Observamos antes da intervenção que todos as pessoas referem que gostavam de deixar de fumar ( $n = 30$ , 100%), enquanto após a intervenção 1 participante (3,3%) respondeu negativamente. Consideramos que este facto, por ser de alguma forma surpreendente, constitui um caso de estudo interessante. Podemos, contudo, tentar perceber este facto, relacionado com a motivação para deixar de fumar, quando Patacas (2015) menciona que se a pessoa não estiver convencida de que é capaz de mudar, não terá motivação suficiente para dar início.

Moretto e Kerkhoff (2018) realizaram um programa de reabilitação pulmonar a 4 pessoas fumadoras, todos com motivação alta para deixar de fumar e após intervenção, houve cessação tabágica em toda a amostra. No entanto, o facto de no presente estudo não terem sido encontradas diferenças em termos de motivação antes e após um programa, para deixar de fumar, pode dever-se ao facto de as pessoas já apresentarem níveis moderados de motivação, pois são as pessoas que procuram voluntariamente a consulta de cessação



tabágica. Tal como mencionam Afonso e Pereira (2017, p. 115) “uma perceção mais forte sobre o que fazer e como fazer para deixar de fumar está associada a maior preocupação, maior controlo sobre o tratamento e menor duração do hábito tabágico”. Na missão do Enfermeiro de Reabilitação, este obrigatoriamente tem que negociar com a pessoa o programa de reabilitação adaptado às suas motivações e capacidades, assim como ajudar a pessoa fumadora a encontrar as razões conscientes e inconscientes para deixar de fumar, que passam por questões de saúde, qualidade de vida, estéticas, sociais, familiares e até monetárias. Assim, a abordagem do enfermeiro de reabilitação deve ser individualizada e personalizada.

## Conclusões

O consumo de tabaco é reconhecido como um problema de elevada importância pelo seu impacto na saúde das pessoas e pelas dificuldades com que as pessoas se deparam para controlar este consumo. As evidências científicas mostraram que o tabaco promove danos progressivos na saúde das pessoas, que podem ser evitadas e prevenidas, pelo que os resultados deste estudo vêm no sentido de reforçar o investimento em estratégias para a prevenção e redução de danos na pessoa fumadora.

Os efeitos de um programa de cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória, em pessoas fumadoras, na consulta de cessação tabágica foram positivos. O ensino de tosse para expelir as secreções, de técnicas de relaxamento; a consciencialização aos fumadores dos riscos, prejuízos ao fumar e da importância do abandono do tabaco, a implementação de atividade física, propostos no presente programa de Reabilitação Respiratória, trouxeram benefícios visíveis na prevenção e no tratamento de sintomas às pessoas fumadoras.

Em concordância com outros estudos, as pessoas fumadoras que procuraram a consulta cessação tabágica eram na maioria do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 77 anos, fumavam em média há aproximadamente 36 anos, apresentavam maioritariamente desconhecimento dos malefícios do tabaco. Tinham maioritariamente doenças associadas ao tabaco, sendo as mais prevalentes as doenças respiratórias, tais como DPOC e asma, depressão / ansiedade e carcinoma.

Na nossa amostra as pessoas em contexto de consulta de cessação tabágica, apresentavam sintomas associados ao consumo de tabaco, nomeadamente, expetoração e dificuldade em expelir as secreções, tendo sido fundamental a intervenção do enfermeiro de reabilitação no ensino e treino de técnicas que permitiram assegurar a permeabilidade das vias aéreas.

Os resultados deste estudo permite-nos concluir que um programa de cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória dirigido às pessoas fumadoras se traduz em ganhos em saúde, pois foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação à prática de atividade física, à diminuição do grau de dispneia, à diminuição do número de cigarros, à diminuição dos níveis de ansiedade e depressão e ainda à dependência da nicotina.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na motivação das pessoas para deixar de fumar. Importa referir que as pessoas procuraram voluntariamente a consulta e apresentavam níveis moderados de motivação o que pode explicar este resultado, mas também se pode dever ao curto tempo de aplicação do programa, pelo que consideramos importante realizar outros estudos com um tempo de intervenção mais prolongado e com uma amostra maior.

O programa de enfermagem de reabilitação respiratória que foi aplicado teve como premissa a negociação com a pessoa e foi sempre adaptado às reais necessidades de cada uma, tendo sempre presente a função de educação e ajuda, tal como preconizado por Orem, e permitiu demonstrar os benefícios funcionais e sintomáticos, na pessoa fumadora, a frequentar a consulta de cessação tabágica, ajudando-o a atingir a cessação tabágica, pelo que consideramos fulcral o papel do enfermeiro de reabilitação nestas consultas.

Como limitações do estudo consideramos o período curto de intervenção, pois seria necessária a aplicação de estratégias de manutenção destes sucessos, após o término do programa, que podem incluir a manutenção da prática de atividade física pela pessoa no domicílio e sessões de reforço educacional ou contactos telefónicos periódicos.

Uma das dificuldades sentidas, apesar de ter sido criado um sistema de registo no SClínico, específico para o apoio breve na consulta de cessação tabágica, foi a falta de funcionalidade deste programa, no aconselhamento intensivo, efetuado nas consultas.

Como desafio futuro esperamos que esta pesquisa sirva de base motivacional para alargar a amostra para o mesmo estudo, principalmente sabendo que a área estudada é sem dúvida uma área de ação privilegiada, com resultados visíveis para a atuação do EER. É importante reforçar a inclusão deste PRR nos locais de consulta intensiva de apoio à cessação tabágica, no Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo.

O PRR tem também efeitos económicos na saúde e deve ser considerado como uma componente essencial nos cuidados integrados da pessoa com patologia respiratória. Embora já seja largamente conhecida pelos seus benefícios, pretendemos com este estudo sugerir que, em Portugal, esta estratégia terapêutica possa ser utilizada como complemento à consulta de cessação tabágica.

## Referências Bibliográficas

AFONSO, Fernando e PEREIRA, M. Graça - **Questionário Sociocognitivo para Deixar de Fumar: Construção de um Instrumento baseado na Teoria do Comportamento Planeado. Braga:** Braga. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. (RIDEP), 2017, vol.1, nº43, pp. 107-122.

ALMEIDA, É. M. P. - **Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: programas domiciliários e aplicação de novas tecnologias- Porto:** Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, 2019.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO - **Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016.** [Em linha]. Lisboa: APER, 2010, p.1-5. [Consultado em 10 dez. 2019]. Disponível na www: <URL: <https://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf>.

BALLESTEROS [et al.] - **Evaluación de la dependencia física y psicológica al tabaco en fumadores mexicanos adultos, Encodat 2016.** México: Salud Pública, 2019, vol.61, pp. 136-146.

BALSA, C. [et al] - **IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral: Portugal 2016/2017.** [Coleção Estudos]. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2018. [Consultado em 8 nov. 2019] [ISBN Impresso] ISBN: 978-989-99574-9-7 [ISBN Eletrónico] Disponível na www:<URL:[http://www.sicad.pt/BK/20anosENLCD/Documents/publicacoes/IV%20INPG%202016\\_17\\_PT.pdf](http://www.sicad.pt/BK/20anosENLCD/Documents/publicacoes/IV%20INPG%202016_17_PT.pdf).

BARRETO, Marta [et al.] - **1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico - INSEF 2015.** Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP), 2016. ISBN: 978-989-8794-31-4.

BASTOS, Fernanda Santos - **A pessoa com doença crónica - Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico.** Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2013, pp. 49-50. Tese de Doutoramento.

BATISTA, Mariana Sousa - **Avaliação da motivação para deixar de fumar e da dependência nicotínica num programa de cessação tabágica**. Covilhã: 2014. Dissertação de Mestrado em Medicina.

BENAVIDES, Córdoba V, WILCHES-LUNA EC. - **Cambios en la puntuación del índice bode en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica antes y después de rehabilitación pulmonar**. Colombia: Rev Cienc Salud. 2018, 16(1), pp. 101-113. Disponível na www: <URL: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6493>.

BILLERBECK, Nicole Camapum - **Nível de Atividade Física e Tabagismo**. Brasil. International Journal of Movement Science and Rehabilitation (IJMSR), 2019, vol.1, nº.1, p.25-32.

BORG, G.A. - **Psychophysical bases of perceived exertion**. Medicine Science Sports Exercise, 1982, n.14, pp. 377-81.

BORLAND, Ron; COOPER, Jae [et al.] - **Depression motivates quit attempts but predicts relapse: Differential findings for gender from the International Tobacco Control Study**. Cancer Council Victoria, Melbourne, Australia: Addiction, 2017, n.111, vol.8, pp.1438–1447.

CAMPOS, A. [et al.] - **Rehabilitación respiratoria en pacientes EPOC: experiencia en Atención Primaria de Salud**. Chile: Revista Chile Enfermagem Respiratória, 2015, vol. 31, pp. 77-85.

CARVALHO, Ana Sofia, FERNANDES, Adília e BRÁS, Manuel - **Consumo tabágico, uma problemática de saúde pública** - Edição Escola Superior de Enfermagem do Porto, Design e paginação - ESEP - Gabinete de Divulgação, Imagem e Apoio à Publicação, 2016.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006, pp. 72.

CORDEIRO, Maria; MENOITA, Elsa - **Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória - Conceitos, Princípios e Técnicas** - Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.; 2012. ISBN 978-972-8930-86-8.

COSTA, M. A. G. - **A intervenção dos enfermeiros no controlo da dispneia** - Viana do Castelo, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2016. Dissertação de Mestrado.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica – Normas de Boas Práticas na Cessação Tabágica**. Lisboa: 2009, pp. 1-5.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar, Obstrutiva Crónica**. [Em linha]. (2013) [Consultado em out. 2019]. Disponível na [www:<URL: http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0282011](http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0282011).

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE - **Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020**. Lisboa: DGS, 2015a, pp. 20. Disponível na [www: <URL: https://pns.dgs.pt/relatorio-interino-oms-sobre-o-pns-revisao-e-extensao-a-2020/](https://pns.dgs.pt/relatorio-interino-oms-sobre-o-pns-revisao-e-extensao-a-2020/).

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE - **Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável Cessação Tabágica e Ganho Ponderal - Linhas de Orientação**. Lisboa: DGS, 2015b.

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE – **Portugal Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números - 2015**, Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. Lisboa: DGS, 2016. ISSN: 2183-0762. Disponível na [www: <URL:https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-prevencao-e-controlo-do-tabagismo-em-numeros-2015-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-prevencao-e-controlo-do-tabagismo-em-numeros-2015-pdf.aspx).

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE - **Orientações Programáticas para 2020**. Lisboa: DGS, 2017a, p.1. Disponível na [www: <URL: https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo/relatorios-epublicacoes/orientacoes-programaticas-2017-2020-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo/relatorios-epublicacoes/orientacoes-programaticas-2017-2020-pdf.aspx).

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE – **Programa Nacional para as Doenças Respiratórias**. Lisboa: DGS, 2017b.

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE – **Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo**. Lisboa: DGS, 2017c.

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE - **Aconselhamento breve para a promoção da atividade física - Ferramentas de Apoio**. Lisboa: DGS, 2018.

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE – **Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo Portugal 2019**. Lisboa: DGS, 2019, p.5-43. Disponível na [www: <URL:https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1133746 .](https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1133746)

**DR (2011) Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação - Regulamento n.º 125/2011** - Diário da República, 2.<sup>a</sup> série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011.

EUROSTAT - **Smoking prevalence by sex - % of population aged 15 or over**. European Commission (EC), Directorate General for Health and Food Safety, 2014 e 2017. [Consultado em out. 2019]. Disponível na [www: <URL: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg\\_03\\_30/default/bar?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_03_30/default/bar?lang=en)

FERNANDES, Cristina Maria Pires - **Impacto económico da DPOC: sinais para a adopção de cinesiterapia respiratória**. Instituto Politécnico da Saúde, Bragança: Julho, 2011.

FERREIRA, D. e SANTOS, A. - **Avaliação da pessoa com patologia respiratória**. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds), **Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida**. Lusodidacta, Lisboa: 2017, pp. 167 - 180.

FERREIRA, P. L.; QUINTAL, C.; LOPES, I.; TAVEIRA, N. - **Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström**. Coimbra: Vol. 27, N°2, 2009a.

FERREIRA, P. L.; QUINTAL, C.; LOPES, I.; TAVEIRA, N. - **Escala de Fagerström adaptada**- Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2009b; Vol.27 (2): pp. 37-56.

FIELD, A. P. - **Discovering statistics using IBM SPSS Statistics (5th ed.)**. London: (2017), Sage.

FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. pp. 123 - 476.

FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**. Loures: Lusodidacta, 2006, pp. 27. ISBN: 978-989-8075-18-5.

GAGEIRO, João Nunes; PESTANA, Maria Helena – **Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS**. 6ª Edição. Edições Sílabo. Revista Atualizada e Aumentada: 2014.

GALVÃO, Maria Teresa e JANEIRO, Manuel da Silva - **O autocuidado em enfermagem: autogestão, auto-monitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados**. Lisboa: REME, Revisão Teórica, 2013, p. 226. DOI: 10.5935/1415-2762.20130019.

GOMES, Bárbara Pereira - **Enfermagem de Reabilitação - Um contributo para a satisfação das pessoas** - Instituto Ciência Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto: 2008. Dissertação em Doutoramento em Ciências de Enfermagem.

GUILHERMO, Fernando e NAVARRO, Davila Samaniego - **Reabilitação Pulmonar em idosos com patologia Respiratória e sua influência na qualidade de Vida** - Brasil: Estatal de Milagro, Faculdade de Ciências da Saúde, 2017.

HONORATO, E.J.S. [et al.] - **Atividade física como estratégia no processo de reabilitação psicossocial de dependentes químicos** - Conexões Educação Física, Esporte e Saúde, Brasil: 2019, vol.16, pp. 1-6.

HOEMAN, Shirley - **Enfermagem de Reabilitação - Processo e aplicação** - 2ª Edição, Lusociência, Loures: 1996.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER (INCA) - **Tabagismo - Um Grave Problema de Saúde Pública**. 1ª Edição. Lisboa: INCA, 2007, pp.7. Disponível na www: <URL: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//tabagismo-grave-problema-de-saude-publica-2007.pdf>.



JESUS, Joana - **Abordagem do Tabagismo num Hospital Português, Estudo Piloto.** Universidade da Beira Interior, Covilhã. 2010. Dissertação de Mestrado.

KEHOE, R. I., WEBSTER L. A.- in *Addiction* - **Richmond**, 1993; 88: pp. 1127-1135.

LEITE, Andreia [et al.] - **Caraterísticas sociodemográficas dos fumadores diários em Portugal Continental: análise comparativa dos Inquéritos Nacionais de Saúde (1987, 1995/1996, 1998/1999, 2005/2006 e 2014).** Lisboa: Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde, Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP.), **2017.**

MAIA, Lisandra Iaponira Henrique; NASCIMENTO, Ellany Gurgel Cosme - **Percepções e dificuldades de fumantes na cessação do Hábito de fumar** - Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, vol. 13, n. 2, pp. 105-116, 2015.

MAROCO, João e GARCIA-MARQUES, Teresa – **Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas** - Revista Laboratório de Psicologia, 2006, vol.4, nº1, pp. 65-90.

MATHEW, Amanda R. [et al.] - **Cigarette Smoking and Depression Comorbidity: Systematic Review & Proposed Theoretical Model.** Chicago: *Addiction*. 2017; vol. 112, n. 3, pp. 401–412, ISBAN: 10.1111/add.13604.

MORETTO, Cleonice; KERKHOFF, Alessandra Cristina - **Intervenção Fisioterapeutica em um Grupo de tabagistas que participam do Programa Nacional de Controle ao tabagismo em um Município do Interior do Rio Grande do Sul.** Brasil:2018

OLIVEIRA, G. M. Moraes [et al.] - **Recomendações de 2019 para a redução do consumo de tabaco nos países de língua portuguesa.** Espanha: Revista Portuguesa de *Cardiologia*, 2019; nº 38, pp. 238-244.

OLIVEIRA G. S., [et al.] - **Quais tipos de exercícios físicos devem ser prescritos na doença pulmonar obstrutiva crônica?** Revista de Medicina e Saúde de Brasília. Brasil: 2018, vol.7, n.1, pp. 61-68.

ONDR (OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS) – **13º Relatório: Panorama das Doenças Respiratórias em Portugal: Retrato da saúde 2018/O estado da saúde em Portugal.** Lisboa: ONDR, 2018.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Guia orientador de boa prática: reabilitação respiratória.** [Em linha]. 2018, Serie 1, nº 10. ISBN 978-989-8444-41-7. [Consultado em 4 abril 2019]. Disponível na www: <URL:https://www.ordemenfermeiros.pt/medi/5441/gobp\_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria\_mceer\_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Lisboa - **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual: enunciados descritivos.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS- **Investigação em Enfermagem: tomada de decisão** [Em linha]. Lisboa: 2006, [Consultado em 28 nov. 2018]. Disponível em www: <URL:https://www.ordemenfermeiros.pt/.../tomadasposicao/.../TomadaPosicao\_26Abr2006.p...~

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação – **Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.** Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2011.

ORDEM DOS ENFERMEIROS –**Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.** Lisboa, Jan. 2018 [Consultado em 3 dez. 2019]. Disponível na www: >URL: file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/PQCEEReabilitacao%20(2).pdf.

OREM, D. E.- **Nursing: Concepts of practice (6th ed.).** St. Louis, MO: Mosby; 2001.

OREM, D.E. - **Nursing - concepts of practice.** 5ª ed. St Louis: Mosby; 1995.

PAMPLONA, Paula e MENDES, Berta - **Estratégia de tratamento do tabagismo na DPOC.** Lisboa: Revista Portuguesa de Pneumologia, 2009, vol.15, nº 6, pp. 1121-1155.

PAMPLONA, Paula e MORAIS, Luís. -**Treino de exercício na doença pulmonar crónica.** Revista Portuguesa de Pneumologia. ISSN 0873-2159. Vol. XIII, Nº1 (jan.- fev. 2007), pp. 101-128.

PAONE, Gregorino [et al.] - **The combination of a smoking cessation programme with rehabilitation increases stop-smoking rate.** Roma: J Rehabil Med, 2008, vol. 40: pp. 672–677.

PATACAS, Cátia - **Stress relacionado com o trabalho e motivação para a cessação tabágica: um obstáculo?** Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, 2015. Tese de Mestrado Saúde Pública.

PIÑEIRO, Bárbara [et al.] - **Motivation to Quit as a Predictor of Smoking Cessation and Abstinence Maintenance among Treated Spanish Smokers.** USA: H. Lee Moffitt Cancer Center, 2016.

PROENÇA, M.; PITTA, F.; KOVELISB, D.; MANTOANIB, L.C.; FURLANETTOB, K.C.; ZABATIEROB, J.; RAMOSA, D. e RAMOSA, E.M.C. - **Transporte mucociliar e sua relação com o nível de atividade física na vida diária em fumadores saudáveis e não fumadores-** Revista Portuguesa de Pneumologia - 2012;18(5): pp. 233-238; Maio, 2012.

QUEIRÓS, Paulo, VIDINHA, Telma, FILHO, António – **Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem.** Coimbra, Referência, 2014, Série 4, pp. 157-164. ISSN 0874.0283.

REBELO, Luis - **Cessação Tabágica.** Edições Almedina, SA; Coimbra, Cap. 1 - Junho, 2019.

RICHMOND, R., [et al.] - **Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practioners.** Addiction, 1993; 88: pp. 1127-1135.

RIBEIRO, Pais [et al.]- **Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale.** Psychology, Health&Medicine, 2007, vol.12, nº2, pp. 225-237.

ROCHA, Belmiro –APER: Enfermeiros de Reabilitação como Agentes na Obtenção de Ganhos em Saúde. 2010 [Consultado em 1 dez. 2019]. Disponível em www: <URL: <https://pns.dgs.pt/aper-2/>.

RODRÍGUEZ, Ibáñez [et al.] - **Impacto de la intervención en tabaquismo durante la Hospitalización a Domicilio.** Barcelona: AgInf. 2019, vol. 23, pp. 102-116.

RONDINA, Regina de Cássia, GORAYEB, Ricardo, BOTELHO, Clóvis - **Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco.** - Brasil: Artigo de Revisão Jornal Brasileiro de Pneumologia, 2007, n.33, vol.5, pp. 592-601,

ROSENDO, Inês [et al.] - **Caracterização dos fumadores e fatores que influenciam a motivação para a cessação tabágica.** Coimbra: Revista Portuguesa de Pneumologia; ISSN 0873-2159; V.15; n.5; 2009.

SALES, Maria Penha [et al.] - **Atualização na abordagem do tabagismo em pacientes com doenças respiratórias.** Brasil: Jornal Brasileiro de Pneumologia, 2019, Vol. 45, nº 3.

SANTANA, Vivian [et al.] - **Influência do tabagismo atual na aderência e nas respostas à reabilitação pulmonar em pacientes com DPOC.** Brasil: Revista Brasileira de Fisioterapia, 2010, vol. 14, nº1, pp. 16-23.

SANTOS, Camila Barbosa [et al.]. **Variáveis clínicas e razões para busca de tratamento de pacientes tabagistas.** França:Revista Eletronica Saúde Mental, 2019, Vol. 15,nº 2, pp. 77-86.

SANTOS, J. D. P. [et al.] - **Instrumentos para avaliação do tabagismo: uma revisão sistemática.** Ciência e Saúde Coletiva, 2010.

SANTOS, J. - **Projeto de Prevenção do Consumo de Tabaco 2017.** Palmela: 2015.

SANTOS, José Agostinho – **Cessação tabágica – um salto de acrobática – relato de caso.** Matosinhos: Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 2012, pp. 358-360.

SANTOS, M.D.V. [et al.] - **Prevalência de estratégias para cessação do uso do tabaco na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa.** Brasil: Revisão Ciências da Saúde Coletiva, 2019, nº2, pp. 563-572.

SERRÃO, Daniel e Nunes, R. - **Ética em Cuidados de Saúde.** Porto: Porto Editora, 1998. ISBN: 972-0-06033-6.

SHIRLEY P. ; Hoeman - **Enfermagem de Reabilitação. Aplicação e Processo.** Segunda Edição, Lusociência, 1996, Cap. 18. pp. 393-431.

SILVA, Luiz Carlos Corrêa [et al.] - Comissão de Tabagismo da SBPT - **Controle do tabagismo: desafios e conquistas**. Brasil: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), 2016, vol. 42, nº 4.

SILVA, P. R. [et al.] - **Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar 2016-2025**. Lisboa: DGS, 2016, pp. 292. ISBN: 978-972-675-243-1.

SIMÃO, Catarina Alexandra Varão, [et al.] - **Fortalecimento muscular na pessoa com Intolerância à atividade secundária à DPOC. Estudo de Caso**. Lisboa: Revista investigação em enfermagem, 2019, pp. 19-32.

SMITS, Jasper A. J. [et al.] - **The Efficacy of Vigorous-Intensity Exercise as an Aid to Smoking Cessation in Adults with High Anxiety Sensitivity: A Randomized Controlled Trial** - Texas: Psychosom Med, 2016, vol. 78, nº 3, pp. 354–364.

SOUSA, Cláudia e PEREIRA, Graça - **Morbilidade psicológica e representações da doença em pacientes com esclerose múltipla: estudo de validação da “Hospital Anxiety And Depression Scale”(HADS)**. Hospital S. João Porto: Psicologia, Saúde & Doenças: 2008, vol. 9, nº 2, pp. 283.

SQUASSONI, S.D.; Lapa, M.S.; Fiss,E. - **Efeitos da reabilitação pulmonar em Pacientes fumantes e ex-fumantes com DPOC**. Brasil: Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, vol. 36, nº 1, pp. 18-23. Jan /Abril 2011.

STANDER, M. - Portugueses estão a fumar menos, mas é preciso fazer mais. In **LUSA** (11 setembro 2018) pp. 1. Disponível na [www: <URL: https://www.publico.pt/2018/09/11/sociedade/noticia/portugal-deu-passos-certos-na-luta-contra-tabaco-mas-e-preciso-mais](https://www.publico.pt/2018/09/11/sociedade/noticia/portugal-deu-passos-certos-na-luta-contra-tabaco-mas-e-preciso-mais).

STEPANKOVA, Lenka [et al.]. **Depression and Smoking Cessation: Evidence from a Smoking Cessation Clinic with 1-Year Follow-Up**. República Checa: Ann. behav. med., 2017, vol. 51, pp. 454–463. ISBAN: 10.1007/s12160-016-9869-6.

TUCKMAN, B. W. - **Manual de Investigação em Educação**. Fundação Caloust Gulbenkian. Lisboa: 2002.

TONNESEN P. - **Smoking cessation and COPD**. Eur Resp Rev. 2013; vol. 22, n. 127, pp. 37-43. <http://dx.doi.org/10.1183/09059180.00007212>.

VANGELI, E. [et al.] - **Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: a systematic review**. Cancer Research UK Health Behaviour Research Centre Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London: Department of Health Promotion. *Addiction*, 2011, n 106, pp. 2110–2121.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - **Global Progress Report 2018 on the Implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control**. Switzerland: WHO, 2018a. ISBN 978-92-4-151461-3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - **Tobacco - cancer treatment outcomes, WHO tobacco knowledge summaries**. 2018b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - **Tobacco**. WHO, 2019a. Disponível na www: <URL: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - **ICD-11- International Classification of Diseases 11th Revision**. WHO, 2019b. Disponível na www: <URL: <https://icd.who.int/en>.

WILSON, R.C.; JONES, P. W. - **Escala de Borg Modificada** - Clinical Science, 1991, n° 80, pp. 309-312.

ZABATIEROB, J., D.; RAMOSA, E.M.C. -**Transporte mucociliar e sua relação com o nível de atividade física na vida diária em fumadores saudáveis e não fumadores**. Portugal: Revista Portuguesa de Pneumologia, 2012, vol.18, n° 5, pp. 233-238.

# **ANEXOS**

## ANEXO I – Escala modificada de BORG

ESCALA DE BORG ADAPTADA PERCEPÇÃO DE ESFORÇO		
0	REPOUSO	
1	DEMASIADO LEVE	
2	MUITO LEVE	
3	MUITO LEVE-LEVE	
4	LEVE	
5	LEVE-MODERADO	
6	MODERADO	
7	MODERADO-INTENSO	
8	INTENSO	
9	MUITO INTENSO	
10	EXAUSTIVO	

**Fonte:** <https://healthunlocked.com/movebrasil-corridas/posts/134489277/escala-de-borg-aprenda-a-utiliz%C3%A1-la-nos-treinos>



## ANEXO II - Escala de HADS

HADS			
1 (A) — Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:		2 (D) — Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:	
Quase sempre	3	Tanto como antes	0
Muitas vezes	2	Não tanto agora	1
Por vezes	1	Só um pouco	2
Nunca	0	Quase nada	3
3 (A) — Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:		4 (D) — Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:	
Sim e muito forte	3	Tanto como antes	0
Sim, mas não muito forte	2	Não tanto como antes	1
Um pouco, mas não me aflige	1	Muito menos agora	2
De modo algum	0	Nunca	3
5 (A) — Tenho a cabeça cheia de preocupações:		6 (D) — Sinto-me animado/a:	
A maior parte do tempo	3	Nunca	3
Muitas vezes	2	Poucas vezes	2
Por vezes	1	De vez em quando	1
Quase nunca	0	Quase sempre	0
7 (A) — Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:		8 (D) — Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:	
Quase sempre	0	Quase sempre	3
Muitas vezes	1	Muitas vezes	2
Por vezes	2	Por vezes	1
Nunca	3	Nunca	0
9 (A) — Fico de tal forma apreensivo/a (com medo) que até sinto um aperto no estômago:		10 (D) — Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:	
Nunca	0	Completamente	3
Por vezes	1	Não dou a atenção que devia	2
Muitas vezes	2	Talvez cuide menos que antes	1
Quase sempre	3	Tenho o mesmo interesse de sempre	0
11 (A) — Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:		12 (D) — Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:	
Muito	3	Tanto como antes	0
Bastante	2	Não tanto como antes	1
Não muito	1	Bastante menos agora	2
Nada	0	Quase nunca	3
13 (A) — De repente tenho sensações de pânico:		14 (D) — Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:	
Muitas vezes	3	Muitas vezes	0
Bastantes vezes	2	De vez em quando	1
Por vezes	1	Poucas vezes	2
Nunca	0	Quase nunca	3

HAD - A: \_\_\_\_\_

HAD - D: \_\_\_\_\_

Interpretação:

0 a 7: sem sinais de perturbação;

8-10: *borderline*;

≥ 11: com sinais de perturbação clinicamente significativa.

**Fonte:** Pais-Ribeiro, J. [et al.]. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12:2 (2007), pp. 225-237.

## ANEXO III - Escala de Fagerström

Teste de Fagerstrom de dependência física da nicotina

Perguntas	Respostas	Cotação
1. Quanto tempo depois de acordar fuma o seu primeiro cigarro?	Nos primeiros 5 minutos	3
	6 – 30 minutos	2
	31 – 60 minutos	1
	Após 60 minutos	0
2. Custa-lhe não fumar em locais onde é proibido?	Sim	1
	Não	0
3. Qual o cigarro que seria mais difícil para si deixar de fumar?	O primeiro da manhã	1
	Qualquer outro	0
4. Quantos cigarros fuma por dia?	10 ou menos	0
	11 – 20	1
	21 – 30	2
	31 ou mais	3
5. Fuma mais nas primeiras horas depois de acordar, ou no resto do dia?	Nas primeiras horas	1
	No resto do dia	0
6. Se estiver muito doente, de cama, fuma ou não?	Sim	1
	Não	0

(0-3) dependência baixa; (4-6) dependência média; (7-10) dependência alta

**Fonte:** Ferreira P, Quintal C, Lopes I, Taveira N. Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. Revista portuguesa de saúde pública. 27: 2 (2009) 37-56.

**Fonte:** Site da DGS (<https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo/quer-deixar-de-fumar.aspx>)

## ANEXO IV- Escala de Richmond

Perguntas	Pontuação
1. Gostava de deixar de fumar se fosse fácil?	
Sim	1
Não	0
2. Qual o seu interesse em deixar de fumar?	
Nenhum	0
Algum	1
Muito	2
Absoluto	3
3. Vai tentar deixar de fumar nas próximas 2 semanas a 1 mês?	
Definitivamente não	0
Talvez não	1
Talvez sim	2
Definitivamente sim	3
4. Pretende deixar de fumar nos próximos 6 meses?	
Definitivamente não	0
Talvez não	1
Talvez sim	2
Definitivamente sim	3
Pontuação máxima = 10	

**Fonte:** Elaboração própria

# APÊNDICES

## APÊNDICE I – Declaração de Consentimento

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e obrigada por aceitar dar a sua imprescindível contribuição

#### *Designação do Estudo:*

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) -----

-----, tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação “**A PESSOA NA CONSULTA DE CESSAÇÃO TABÁGICA – PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO**”, realizado por Maria Luísa Albuquerque, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, do ano letivo 2018-2019, e da forma como vou participar no referido estudo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método proposto pela investigadora.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

*Assinatura do participante:*

\_\_\_\_\_

A Investigadora responsável:

*Assinatura:*